В.В. КОВАЛЕВ

СЕМИОТИКА И ДИАГНОСТИКА ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ



Москва «Медицина» 1985

ББК 56.1
К 55
УДК 616.89-053.2-07

Рецензент — *Д. Н. Исаев,* проф., зав. кафедрой психиатрии Ленинградского медицинского педиатрического института.

ПРЕДИСЛОВИЕ

Семиотика (от греч. semeion — признак), т. е. систематическое описание признаков, феноменов психических заболеваний, является важнейшей составной частью общей психопатологии, поскольку именно в семиотике отражаются наиболее специфические особенности данной группы заболеваний. Семиотика психических расстройств детского и подросткового возраста разработана значительно меньше, чем семиотика психических заболеваний взрослых, описание которой содержится в многочисленных публикациях. По существу ни в нашей стране, ни за рубежом не издавались специальные руководства по общей психопатологии и семиотике психических заболеваний детей и подростков. Известные руководства по психиатрии детского и подросткового возраста [Гуревич М. О., 1932; Сухарева Г. Е., 1955, 1959, 1965, 1974; Ковалев В. В., 1979; Ziehen Th., 1926; Strohmayer W., 1926; Tramer M., 1949; Shirley H., 1963; de Ajuriaguerra J., 1970; Harbauer H. et al., 1980, и др.] в основном или целиком посвящены вопросам частной психиатрии. Между тем возрастающая потребность в подготовке детских и подростковых психиатров делает необходимым создание современного руководства по семиотике, общей психопатологии, а также диагностике психических заболеваний у детей и подростков. Такое руководство особенно нужно в связи с тем, что детских психиатров в нашей стране готовят в основном из числа педиатров. Как правило, они мало знакомы с общей психопатологией и спецификой психопатологического обследования детей и подростков. В руководствах и учебниках по общей психиатрии раздел психопатологии излагается обычно без учета специфики детского и подросткового возраста.

Перечисленные соображения явились основанием для создания данной книги.

В ее основу положен многолетний опыт преподавания общей психопатологии, семиотики и диагностики психиче-

ских заболеваний у детей и подростков в процессе последипломной подготовки и усовершенствования психиатров на кафедре детской психиатрии Центрального ордена Ленина института усовершенствования врачей.

Монография состоит из 3 частей. Первая часть включает вопросы возрастной психопатологии детей и подростков, изложенные с позиций эволюционно-динамической концепции психического дизонтогенеза, а также общую семиотику психических заболеваний детского и подросткового возраста, т. е. симптоматику психопатологических проявлений, общих для детей, подростков и взрослых, с акцентом на ее возрастной специфике.

В первой части освещаются особенности психомоторики, расстройств влечений, эмоциональных расстройств, нарушений чувственного и абстрактного познания, интеллектуально-мнестических расстройств и, наконец, нарушений сознания у детей и подростков.

Семиотика психических расстройств излагается в эволютивном плане, начиная от рудиментарных проявлений, свойственных детям раннего и дошкольного возраста, и кончая очерченными психопатологическими феноменами у подростков. Впервые приведены систематическое описание галлюциноидов, возрастная эволюция навязчивых, сверхценных и бредовых феноменов у детей и подростков.

В разделе нарушений сознания выделен подраздел расстройств самосознания, в котором впервые систематически освещаются явления деперсонализации на разных этапах детского и подросткового возраста.

Все разделы общей семиотики включают дифференциально-диагностические аспекты описываемых симптомов и синдромов, что имеет непосредственное значение для практики.

В первой части приведена классификация психических расстройств у детей и подростков на основе эволюционно-динамического принципа.

Вторая часть посвящена характеристике преимущественных для детского и подросткового возраста дизонтогенетических (негативных и продуктивных) симптомов и синдромов (в нашем понимании.— В. В. Ковалев, 1979). Ряд таких синдромов (например, психопатические, синдромы невропатии, гиперактивности, уходов и бродяжничества, страхов и некоторые другие), подробно освещенных в нашем руководстве «Психиатрия детского возраста» (1979), в настоящей монографии изложен кратко. Глава, посвященная негативно-дизонтогенетическим синдромам,

включает синдромы общего психического недоразвития (олигофрении), психического инфантилизма, невропатии, раннего детского аутизма, психопатические синдромы и гебоидный синдром. В главе, посвященной продуктивно-дизонтогенетическим синдромам, описываются гебефренический синдром, синдром регрессивных расстройств, синдром гиперактивности, а также синдромы страхов, патологического фантазирования, уходов и бродяжничества, дисморфофобии-дисморфомании, нервной анорексии, сверхценных интересов и увлечений. Феноменология и возрастная динамика перечисленных синдромов везде сочетаются с их дифференциально-диагностической характеристикой.

В третьей части изложены общие принципы диагностики психических заболеваний в детском и подростковом возрасте и особенности психопатологического обследования детей и подростков с учетом возрастной психологии.

Монография в целом построена на основе идей эволюционной физиологии, психологии и психиатрии, заложенных И. М. Сеченовым, G. Maudsley и H. Jackson.

Ряд положений, содержащихся в монографии, носит дискуссионный характер, в связи с чем соответствующие замечания будут встречены автором с благодарностью.

СОДЕРЖАНИЕ

ЧАСТЬ ПЕРВАЯ

ОБЩАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ, СЕМИОТИКА ОБЩИХ СО ВЗРОСЛЫМИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

ЧАСТЬ ВТОРАЯ

ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫЕ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ ДЕТСКОГО И ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

ЧАСТЬ ТРЕТЬЯ

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ И МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Часть первая

ОБЩАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ. СЕМИОТИКА ОБЩИХ СО ВЗРОСЛЫМИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Глава 1

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХОПАТОЛОГИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Общая психопатология, как известно, изучает основные общие закономерности проявлений, развития, этиологии и патогенеза, а также систематику психических расстройств [Снежневский А. В., 1968, 1983]. Закономерности психических заболеваний детского и подросткового возраста обусловлены влиянием эволюционно-возрастного, онтогенетического фактора.

На важность онтогенетического подхода при изучении психических расстройств в детском возрасте впервые указал еще в 1864 г. отечественный клиницист М. С. Зеленский (цит.: В. М. Башина, 1980). Известный московский невропатолог В. А. Муратов в 1896 г. предложил выделять два онтогенетических уровня поражения нервной системы: внутриутробный и охватывающий первые годы жизни ребенка (цит.: В. М. Башина, 1980).

В последней четверти XIX века эволюционное учение Ч. Дарвина, творчески развитое выдающимися английскими клиницистами G. Maudsley и H. Jackson, способствовало созданию эволюционной психиатрии. Это в свою очередь явилось теоретической предпосылкой для развития научной психиатрии детского и подросткового возраста, которая, таким образом, сформировалась прежде всего как эволюционно-онтогенетический раздел психиатрии. Онтогенетический подход к изучению психических расстройств детского возраста продуктивно использовался и используется многими известными общими и детскими психиатрами как в нашей стране, так и за рубежом [Озерецкий Н. И., 1930; Гуревич М. О., 1932; Сухарева Г. Е., 1955, 1959; Ушаков Г. К., 1966, 1973; Гиляровский В. А., 1973;

Ковалев В. В., 1973, 1979; 1981; Вроно М. Ш., 1979, и др.]. В общей биологии онтогенез понимается как индивидуальное развитие организма от момента его зарождения до момента смерти [Северцов А. Н., 1939 Шмидт Г. А., 1972]. Различают пренатальный и постнатальный онтогенез, т. е. индивидуальное развитие до и после рождения. По нашему мнению, важнейшей составной частью постнатального онтогенеза является психический онтогенез, т. е. психическое развитие индивида. Понятие психического онтогенеза коррелирует с понятием онтогенеза высшей нервной деятельности [Волохов А. А., 1965]. Наиболее интенсивный психический онтогенез приходится на детский и подростковый возраст, когда формируются как отдельные психические функции, так и личность человека. Психическое развитие протекает неравномерно. Резкие количественные и качественные изменения он претерпевает в переходные возрастные периоды, или периоды возрастных кризов: 2—4 года, 6—8 лет и пубертатный возраст (12—18 лет, по А. Е. Личко, 1979). В эти кризовые периоды в связи с нарушениями относительного физиологического и психологического равновесия особенно часто возникают или выявляются различные формы психического дизонтогенеза, т. е. нарушения психического развития.

Термин «дизонтогенез» еще сравнительно недавно трактовался по ассоциации с понятием «дизонтогении», предложенным Schwalbe в 1927 г., как грубое нарушение развития организма в пренатальном периоде. В понятие «постнатальный дизонтогенез» стали включать более легкие формы нарушений развития, не только структурные, но и функциональные. Одним из основных компонентов постнатального дизонтогенеза мы считаем *психический дизонтогенез*, т. е. нарушение психического развития в детском и подростковом возрасте в результате расстройства созревания структур и функций головного мозга [Ковалев В. В., 1973, 1976, 1981, 1983].

Психический дизонтогенез может быть вызван как биологическими (генетическими, экзогенно-органическими и др.) патогенными факторами, так и неблагоприятными более или менее длительными микросоциально-психологическими средовыми воздействиями, а также разнообразными сочетаниями тех и других. Роль социально-психологической среды в происхождении психического дизонтогенеза не только вытекает из признания ведущей роли социального начала в формировании человека как личности, но и подтверждается современными данными морфологии и

физиологии головного мозга, согласно которым развитие многих характерных для человека церебральных структур и функций в постнатальном периоде в большой мере зависит от взаимодействия растущего организма с социальной средой и от «обучения» в нейрофизиологическом смысле [Смирнов Г. Д., 1972; Akert K., 1979].

Основными типами психического дизонтогенеза считаются ретардации (по H. Rumke — цит. W. Kretschmer, 1972; Kretschmer E., 1971] и асинхронии [Kretschmer E., 1954] психического развития.

Под ретардацией понимают запаздывание или приостановку психического развития. Различают общую (тотальную) и частичную (парциальную) психическую ретардацию. В последнем случае имеется запаздывание или приостановка развития отдельных психических функций, компонентов психики, отдельных свойств личности. С позиций физиологической концепции системогенеза можно предполагать, что нейрофизиологическую основу парциальной ретардации составляет нарушение темпа и сроков созревания отдельных функциональных систем (по П. К. Анохину, 1975), прежде всего так называемых психических функциональных систем (в понимании К. В. Судакова, 1982).

Асинхрония, как искаженное, диспропорциональное, дисгармоническое психическое развитие [Сухарева Г. Е., 1959; Harbauer H., 1980, и др.], характеризуется выраженным опережением развития одних психических функций и свойств формирующейся личности и значительным отставанием темпа и сроков созревания других функций и свойств, что становится основой дисгармонической структуры личности и психики в целом. Асинхрония развития как в количественном, так и в качественном отношении отличается от физиологической гетерохронии развития, т. е. разновременности созревания церебральных структур и функций (гетерохрония системогенеза, по П. К. Анохину, 1975).

В дополнение к двум названным основным типам психического дизонтогенеза мы выделяем третий тип, связанный с механизмами высвобождения и фиксации более ранних онтогенетических форм нервно-психического реагирования (отчасти соответствует механизму возрастной дисфункции созревания, по С. Я. Долецкому, 1976). Основу этого типа психического дизонтогенеза составляет преходящая физиологическая незрелость, а также временный возврат к не-

зрелым формам нервно-психического реагирования. Однако под влиянием неблагоприятных воздействий среды (как биологических, так и психических) может происходить задержка дальнейшего созревания незрелых структур и функций или персистирование (т. е. более или менее стойкое сохранение) онтогенетически более ранних форм нервно-психического реагирования.

Патогенетические механизмы (нейрофизиологические, нейрохимические, иммунологические, патоморфологические и др.) перечисленных типов психического дизонтогенеза стали изучаться сравнительно недавно [Семенов С. Ф., 1979; Казакова П. Б. и др., 1979; Проводина В. Н. и др., 1979, и др.]. Данные этих исследований пока не систематизированы в онтогенетическом плане.

Представляют интерес попытки трактовать общие механизмы патогенеза постнатальных нервно-психических дизонтогений с позиций теории эволюционной эмбриологии. Так, С. Ф. Семенов (1979), исходя из эволюционной концепции акад. А. Н. Северцова (1939), связывает общую задержку психического развития (тотальную ретардацию в нашем понимании) с дисароморфозом, т. е. с общим нарушением морфофизиологического прогресса эмбрионального развития, включая нарушение эволютивного развития центральной нервной системы и ее адаптационных функций. В основе недоразвития отдельных психических функций и форм познавательной деятельности (речи, счетных операций, пространственной ориентировки и др.), т. е. парциальной ретардации в нашей трактовке, а также некоторых психопатических черт личности, по мнению С. Ф. Семенова (1979), лежат нарушения идиоадаптации (т. е. частных адаптационных изменений эмбриогенеза). С последствиями нарушений ценогенеза (т. е. характера и последовательности смены морфофизиологических изменений эмбриона и плода) автор связывает развитие психического инфантилизма. Однако установление конкретных патогенетических механизмов психического дизонтогенеза требует дальнейших углубленных комплексных мультидисциплинарных экспериментальных и клинико-лабораторных исследований на разных этапах онтогенеза.

Клинические проявления названных выше типов психического дизонтогенеза известны давно, хотя их связь с дизонтогенезом стала очевидной лишь в последние 2—3 десятилетия. Клиническим выражением тотальной психической ретардации является общее психическое недоразвитие (олигофреническое слабоумие). Парциальная психи-

ческая ретардация проявляется психическим инфантилизмом, синдромами невропатии, незрелостью отдельных сторон психики и отдельных психических процессов: психомоторики, речи, внимания, пространственного восприятия, эмоциональной незрелостью, запаздыванием формирования школьных навыков чтения, письма и счета (дизлексия, дизграфия, дискалькулия). Психопатология и клиника нарушений созревания отдельных психических функций разработаны мало и потому не освещаются в монографии.

Психический дизонтогенез по типу диспропорционального (искаженного) развития находит клиническое выражение в различных психопатических синдромах как проявлениях аномального формирования (т. е. дизэволютивного развития) личности, в специфических для младшего детского возраста дизонтогенетических синдромах раннего детского аутизма, а также отчасти в гебоидном синдроме, свойственном подростковому возрасту.

Психический дизонтогенез на основе механизмов высвобождения и фиксации онтогентически более ранних форм нервно-психического реагирования проявляется разнообразными симптомами и синдромами, которые встречаются при различных психических заболеваниях. Это кататонические и кататоно-гебефренные расстройства, разнообразные регрессивные нарушения, например нарушения навыков опрятности, моторных навыков, патологические привычные действия (яктация, мастурбация, сосание пальцев, онихофагия, трихотилломания и др.), тотальный и элективный мутизм, «заикание развития», психомоторная гиперактивность, патологические страхи и фантазии и некоторые другие. Клинические проявления этого типа психического дизонтогенеза характерны главным образом для детей и подростков, но могут встречаться также в юношеском возрасте и у взрослых молодых людей. В этом случае они представляют собой результат возврата к онтогенетически ранним формам нервно-психического реагирования или персистирования этих форм. К таким проявлениям относятся кататонические и кататоно-гебефренные расстройства (моторные стереотипии, эхопраксии, эхолалии, застывания, двигательное возбуждение), патологические (сверхценные и бредовые) страхи, дисморфофобические и анорексические переживания, «метафизическая интоксикация». Возврат к онтогенетически более ранним формам нервно-психического реагирования бывает также при системно-невротических (моторных и соматовегетативных), истеромоторных и истеровегетативных расстройствах, не-

врозе страха, неврозе навязчивых действий и фобическом неврозе у взрослых.

Как известно, основными проявлениями заболеваний являются симптомы и синдромы.

Понятие симптома, введенное в начале новой эры древнегреческим врачом Сораном Эфесским, в современной медицине определяется как «статистически значимое отклонение того или иного показателя жизнедеятельности организма от его нормальных значений или возникновение качественно нового, не свойственного здоровому организму явления»[1].

Синдром, согласно А. В. Снежневскому (1969), представляет собой «биологическую функциональную структуру» или систему, состоящую из определенным образом взаимосвязанных между собой симптомов. Основными критериями выделения психопатологического синдрома, по K. Jaspers (1973), являются ярко выраженные объективные и субъективные феномены, «сцепленные между собой», одновременность их возникновения и повторяемость при различных заболеваниях.

Диапазон психопатологических синдромов в младшем детском возрасте сравнительно узок, в основном это немногие дизонтогенетические синдромы — невропатии, раннего детского аутизма, гиперактивности, патологических страхов, тотального и парциального психического недоразвития.

Общепсихопатологические синдромы: аффективные, галлюцинаторные, бредовые, дисмнестические и другие — до школьного возраста, как правило, не обнаруживаются ввиду незрелости психики. С возрастом диапазон психопатологических синдромов расширяется. Наиболее поздно (в старшем детском и подростковом возрасте) выявляются бредовые синдромы, синдром Кандинского — Клерамбо и синдромы деперсонализации — дереализации, формирование которых возможно лишь при относительно полной зрелости самосознания.

Психопатологические симптомы и синдромы со времени работ Джексона конца XIX века принято подразделять на негативные и позитивные, или продуктивные. Негативными обычно считают симптомы стойкого или временного выпадения психических функций [Сухарева Г. Е., 1974; Мелехов Д. Е., 1979; H. Ey, 1954, и др.]. В соответствии со взглядами Джексона (цит. Д. Е. Мелехов, 1981) к негатив-

---

[1] *Василенко В. Х.* и др. Диагностика.— БМЭ. 3-е изд., 1977, т. 7, с. 245.

ным следует относить не только явления выпадения, но и выраженное снижение психических функций. Негативные симптомы и синдромы, как известно, более специфичны для той или иной нозологической формы и больше отражают деструктивные тенденции болезненного процесса [Сухарева Г. Е., 1974]. Они отличаются малой вариабельностью («инвариантны», по А. В. Снежневскому, 1969).

Негативные проявления включают снижение памяти, слабость осмысления, эмоциональное оскудение, ослабление побуждений, снижение общей психической активности, нарушения или выпадения навыков, регресс свойств личности, в частности снижение критики и т. д. Перечисленные расстройства часто объединяют термином «психический дефект». Между тем соотношение негативных симптомов и явлений психического дефекта является дискуссионным.

Хотя сам Джексон допускал обратимость негативных симптомов в отличие от стойкого дефекта, в дальнейшем понятия негативного и дефицитарного (как необратимого явления) по существу отождествлялись [Мелехов Д. Е., 1981]. Однако в последнее десятилетие в связи с широким использованием динамического подхода к изучению психических заболеваний все чаще пишут о частичной или полной обратимости многих негативных проявлений [Сухарева Г. Е., 1974; Снежневский А. В., 1975; Ковалев В. В., 1981]. Трактовка понятия «дефект» также стала более динамичной и неоднозначной [Мелехов Д. Е., 1981].

Вместе с тем, по нашему мнению, отождествление понятий негативного и дефицитарного даже в его современной, более гибкой трактовке вряд ли оправдано как в теоретическом, так и в практическом отношении. При таком отождествлении понятие «психический дефект» теряет свое эвристическое значение.

Возможность частичного или полного обратного развития негативных симптомов особенно отчетливо выступает в детском возрасте, которому свойственны высокая пластичность нервной системы и большой компенсаторный потенциал. Так, например, мы наблюдали случаи полного восстановления утраченных моторных навыков, речи, а также заметное восстановление мнестико-интеллектуальных функций у детей, перенесших длительные терминальные состояния, включая клиническую смерть. По-видимому, с возрастом обратимость негативной симптоматики постепенно уменьшается.

К позитивным (продуктивным) психопатологическим симптомам и синдромам относят проявления возбуждения,

повышенной, но патологически измененной активности сохранных, т. е. не пораженных непосредственно болезненным процессом, функциональных систем [Сухарева Г. Е., 1974; H. Jackson, цит. Д. Е. Мелехов, 1981].

Позитивные симптомы и синдромы (маниакальные и депрессивные состояния, галлюцинации, навязчивые, сверхценные, бредовые расстройства, психические автоматизмы и т. д.) очень вариабельны. Так, например, только при шизофрении, по данным А. В. Снежневского (1969), обнаруживается около 100 состояний с продуктивной симптоматикой. Продуктивные расстройства нозологически менее специфичны, но, складываясь в те или иные позитивные психопатологические синдромы, они более или менее отчетливо отражают уровень поражения психической деятельности, т. е. указывают на глубину или тяжесть нарушения мозговых функций [Сухарева Г. Е., 1974]. Шкала нарастания тяжести психопатологических синдромов, предложенная H. Ey и J. Rouart (цит. А. В. Снежневский, 1969), включает невротические, параноидные, онирizмы, сенестопатические, аффективные, аментивно-ступорозные, шизофренические, диссоциативные, дементные синдромы, сменяющие друг друга. Шкала тяжести психопатологических синдромов при шизофрении, разработанная А. В. Снежневским (1969), включает астенические, аффективные, неврозоподобные, паранойяльные синдромы, галлюцинозы, галлюцинаторно-параноидные, парафренные, кататонические синдромы и конечные состояния. Обе шкалы наряду с позитивными содержат и отдельные негативные синдромы, однако явно преобладают продуктивные.

Проявления негативных и позитивных психопатологических симптомов и синдромов у детей и подростков имеют значительные возрастные особенности. Так, в раннем детском возрасте негативные симптомы в основном связаны с нарушениями психического развития, т. е. носят дизонтогенетический характер. В дошкольном и младшем школьном возрасте интеллектуально-мнестическое и эмоциональное снижение часто изменчиво, нестойко, перекрывается нарушениями развития соответствующих психических функций. Негативные изменения свойств личности, которые входят в структуру синдромов снижения уровня личности, регресса личности и деменции у взрослых (по А. В. Снежневскому, 1983), в младшем детском возрасте редуцированы в связи с возрастной незрелостью личности. Их возрастными эквивалентами являются нарушение навыков опрятности, моторных навыков (ходьба, са-

мообслуживание, элементарные трудовые процессы), выраженное снижение побуждений или, наоборот, нецеленаправленная двигательная расторможенность, примитивная игровая деятельность, снижение чувства дистанции в отношениях со взрослыми, потеря контакта со сверстниками, утрата привязанности и теплоты к близким [Сухарева Г. Е., 1965]. Негативные проявления изменений свойств личности у детей школьного возраста и отчасти у подростков выражаются главным образом в нарушениях усвоения школьных знаний, безразличии к оценке результатов деятельности, снижении критики к себе и своим поступкам, а также в различных психопатоподобных формах поведения: гиперактивности, эйфорическом фоне настроения, расторможении примитивных влечений (прожорливость, гиперсексуальность) или, наоборот, в бездеятельности и апатии.

Позитивные (продуктивные) психопатологические расстройства у детей (вплоть до препубертатного возраста), как правило, рудиментарны (например, бредовые страхи и бредовая настроенность вместо бредовых идей, патологические образные фантазии вместо сверхценных идей, визуализированные образные представления, галлюцинации воображения, гипнагогические галлюцинации и другие галлюциноиды вместо истинных галлюцинаций). Кроме того, продуктивные расстройства у детей часто фрагментарны, неразвернуты, эпизодичны. Только у подростков негативные и позитивные расстройства становятся более отчетливыми и сравнительно легко идентифицируются. Однако они обнаруживают определенные отличия от тех же симптомов у взрослых, например меньшую выраженность идеаторного компонента, преобладание чувственного бреда, слабую тенденцию к систематизации бредовых идей, относительную редкость вербальных галлюцинозов и псевдогаллюцинозов. Подросткам весьма свойственны проявления деперсонализации — дереализации, особенно в рамках депрессивных состояний.

Еще в трудах H. Jackson, H. Ey указывалось на единство негативных и позитивных расстройств в рамках психопатологических синдромов, на «двойную природу синдрома». Однако закономерности взаимоотношения негативных и позитивных проявлений при психопатологических синдромах стали привлекать к себе внимание лишь сравнительно недавно.

Так, динамичность, вариабельность позитивных расстройств обратно пропорциональна интенсивности негативных проявлений, имеется зависимость возникновения по-

зитивных симптомов от характера негативных расстройств; например, паранойяльный синдром не возникает при органической деменции [Снежневский А. В., 1969, 1983].

Связь между негативными и позитивными симптомами диалектическая [Ковалев В. В., 1981]. Так, одно из ведущих негативных расстройств при шизофрении — аутизм — является источником бредового настроения и параноидности. Вместе с тем они усиливают аутистическую установку. Другое «первичное» (по Е. Блейлеру) негативное проявление — расщепление психики («интрапсихическая атаксия», по Э. Штрански, 1914) — лежит в основе таких позитивных расстройств, как психические автоматизмы, псевдогаллюцинации, бредовые идеи, явления деперсонализации. Свойственный деперсонализации механизм «психического отчуждения» [Меграбян А. А., 1972] углубляет «дезорганизацию сознания» (по Н. Еу). Таким образом, негативные и позитивные расстройства должны рассматриваться во взаимосвязи.

Новый аспект негативной и позитивной психопатологической симптоматики открывается при использовании эволюционно-онтогенетического подхода. Изучение психических заболеваний в онтогенетическом плане в период незавершенного психического развития и становления личности позволяет наряду с негативными и позитивными расстройствами в традиционном понимании выделить негативно-дизонтогенетические и продуктивно-дизонтогенетические симптомы и синдромы, имеющие особое значение для психопатологии детского и подросткового возраста, но нередко сохраняющиеся и у взрослых больных [Ковалев В. В., 1979, 1981].

К числу негативно-дизонтогенетических синдромов относятся описываемые во второй части книги синдромы общего психического недоразвития (олигофреническое слабоумие), психического инфантилизма, невропатии, раннего детского аутизма, а также психопатические синдромы и гебоидный синдром. Негативно-дизонтогенетические симптомы и синдромы имеют в своей основе изложенные выше дизонтогенетические механизмы общей и парциальной ретардации, а также диспропорционального развития, связанного с его асинхронией.

Круг продуктивно-дизонтогенетических синдромов более широк. Он включает гебефренический синдром, синдромы регрессивных расстройств (регрессивные нарушения психомоторики, расстройства навыков, тотальный и элективный мутизм и некоторые другие), стра-

ков, патологического фантазирования, уходов и бродяжничества в детском возрасте, а также синдромы дисморфофобии-дисморфомании, нервной анорексии, сверхценных интересов и увлечений у подростков. Патогенетическую основу продуктивно-дизонтогенетических симптомов и синдромов составляют преимущественно механизм высвобождения онтогенетически более ранних форм нервно-психического реагирования из-под субординирующего влияния позднее сформированных функциональных систем мозга, а также механизм фиксации незрелых типов реакций.

Продуктивно-дизонтогенетические симптомы, как правило, преходящие, временные, склонны к более или менее быстрому исчезновению по мере созревания ребенка и подростка. В частности, симптомы этого типа, возникшие в раннем и дошкольном возрасте (регрессивные расстройства, страхи, патологические фантазии и некоторые другие), обычно ликвидируются к началу пубертатного периода.

Продуктивно-дизонтогенетические симптомы и синдромы, возникшие у подростков (дисморфофобия-дисморфомания, нервная анорексия, метафизическая интоксикация и др.), как правило, перестают проявляться к концу пубертатного и началу постпубертатного возраста, т. е. к 18—19 годам. Однако, как отмечалось выше, возникновение некоторых продуктивно-дизонтогенетических расстройств возможно и у взрослых. Это кататоно-гебефренные проявления, бредоподобные фантазии, дисморфоманические включения, эпизодические сверхценные интересы. Возникновению таких расстройств у взрослых способствуют негативно-дизонтогенетические проявления — пограничная интеллектуальная недостаточность, психический инфантилизм, некоторые акцентуации характера (по А. Е. Личко, 1977) и психопатические черты личности (чаще шизоидного типа).

В силу выраженного возрастного изоморфизма негативно- и продуктивно-дизонтогенетические симптомы и синдромы относительно менее специфичны в нозологическом отношении. Вместе с тем они указывают на онтогенетический период действия патогенного фактора: преимущественно внутриутробный, перинатальный и ранний постнатальный при негативно-дизонтогенетических симптомах и синдромах и преимущественно постнатальный при продуктивно-дизонтогенетических расстройствах. Отсюда следует, что преобладание дизонтогенетических, особенно негативно-дизонтогенетических, расстройств более типично для

непроцессуальных психических заболеваний, в основе которых лежит нарушение ранних этапов психического развития [состояния, обусловленные патологией развития, по классификации А. В. Снежневского, (1983)], т. е. такие отчасти нозологические, отчасти клинические формы, как истинные (конституциональные и органические) психопатии, олигофрении, состояния психического инфантилизма, невропатии, непроцессуальный ранний детский аутизм и некоторые другие. Продуктивно-дизонтогенетические расстройства, по нашим наблюдениям [Ковалев В. В., 1982], имеются в части клинических форм неврозов (например, невроз страха, истерический невроз, системные неврозы), а негативно-дизонтогенетические — при ряде вариантов психогенных патологических формирований личности и некоторых других вариантах так называемых пограничных состояний в детском и подростковом возрасте. Наряду с этим те или иные проявления психического дизонтогенеза, особенно обусловленные парциальной ретардацией, создают благоприятную почву (одно из внутренних условий) для психогенных заболеваний [Ковалев В. В., 1982].

В отличие от указанных выше взаимоотношений негативных и продуктивных расстройств негативно- и продуктивно-дизонтогенетические нарушения не находятся в обратно пропорциональной зависимости. Напротив, проявления парциальной психической ретардации и асинхронии развития (например, психический инфантилизм, невропатия, психопатические и акцентированные черты личности, ранний детский аутизм) повышают склонность к возникновению продуктивно-дизонтогенетических психопатологических симптомов.

Негативно-дизонтогенетические нарушения находятся в обратно пропорциональных отношениях к негативным и особенно позитивным психическим расстройствам. Это подтверждается относительной психопатологической бедностью расстройств психотического и невротического уровней при олигофрении.

Однако продуктивно-дизонтогенетические расстройства у детей и подростков могут сосуществовать с относительно выраженными позитивными симптомами (в традиционном смысле).

По особенностям генеза и динамики различают эволютивный (непроцессуальный) психический дизонтогенез, в основе которого лежит только нарушение развития, и процессуальный психический дизонтогенез, являющийся следствием болезненного процесса (шизофрения, эпилепсия,

прогрессирующее органическое заболевание головного мозга), возникшего до завершения созревания центральной нервной системы. Динамика непроцессуального психического дизонтогенеза эволютивная, т. е. подчиняется общим закономерностям психического развития, отличаясь от него по темпу, срокам и соотношению отдельных психических функций и свойств личности. Динамика клинических проявлений процессуального психического дизонтогенеза более сложная и зависит от тяжести и темпа течения основного заболевания. При неблагоприятном течении возможны усиление ретардации психического развития, нарастание его диспропорции, углубление регресса психики.

С позиций эволюционно-динамического подхода к возрастным закономерностям патогенеза и клиники психических заболеваний у детей и подростков большие возможности дает теория периодизации или этапности индивидуального развития, выдвинутая отечественным эмбриологом Карлом Бэром в 1828 г. (цит. Г. А. Образцова, 1967) и разработанная советскими морфологами и физиологами [Северцов А. Н., 1939; Волохов А. А., 1951; Аршавский И. А., 1955; Орбели Л. А., 1964; Образцова Г. А., 1967, и др.].

Теория периодизации индивидуального развития рассматривает его как поэтапный переход от одного состояния к другому, качественно более высокому [Образцова Г. А., 1967].

Исследования в области возрастной физиологии показывают, что в онтогенезе сменяются качественно различные этапы (или уровни) функционирования и реагирования головного мозга, причем новые формы реагирования не вытесняют старые, а преобразуют и подчиняют их [Аршавский И. А., 1961].

Идея этапности индивидуального развития используется также в сравнительно-возрастной психологии. Ряд психологов [Bühler K., 1921; Gesell A., 1940; Piaget J., 1967; Vallon H., 1967] предложили периодизацию развития психики ребенка. В схеме Пиаже (1967) выделены: 1) сенсомоторный период (от 0 до 15 мес); 2) период недеятельного интеллекта (2—8 лет); 3) период конкретного интеллекта (9—12 лет); 4) период логических операций (с 13 лет). Более интегральный характер имеет периодизация развития детской психики, разработанная французским психологом А. Валлоном (1967), который выделяет стадию моторной импульсивности (1-й год жизни), эмоциональную стадию (1-я половина 2-го года жизни), сен-

сомоторную стадию (2-я половина 2-го года), стадию подражания и противопоставления (3-й и 4-й годы), начальный школьный период (5—6 лет), период замены синкретизма мышления объективностью (7—14 лет). Периодизация этапов психического развития, предложенная Г. К. Ушаковым (1973), включает моторный (1-й год жизни), сенсомоторный (до 3 лет), аффективный (3—12 лет) и идеаторный (12—14 лет) этапы формирования психики.

Исходя из биогенетической теории этапности индивидуального развития, мы высказали предположение, что патогенетическую основу преимущественных для разных периодов детского и подросткового возраста проявлений психических расстройств составляет сменность качественно различных уровней патологического нервно-психического реагирования на те или иные вредности [Ковалев В. В., 1969, 1979, 1982]. Схематически выделены 4 основных возрастных уровня преимущественного нервно-психического реагирования у детей и подростков: 1) соматовегетативный (0—3 года); 2) психомоторный (4—7 лет), 3) аффективный (5—10 лет) и 4) эмоционально-идеаторный (11—17 лет).

Онтогенетически наиболее ранним является соматовегетативный уровень, которому свойственны различные варианты невропатического синдрома (повышенная общая и вегетативная возбудимость, склонность к расстройствам пищеварения, нарушениям питания, расстройствам сна, нарушениям навыков опрятности и т. п.). Проявления этого уровня возможны у детей раннего и отчасти преддошкольного возраста в клинике невротических реакций, резидуально-органических нервно-психических расстройств, шизофрении и других заболеваний.

Следующий возрастной уровень патологического реагирования — психомоторный, к которому относятся синдром гиперактивности, системные невротические и неврозоподобные двигательные расстройства: тики, заикание, мутизм и некоторые другие. Выделение данного уровня реагирования, преимущественного для детей дошкольного и младшего школьного возраста, соответствует данным возрастной физиологии и морфологии о том, что приблизительно в возрасте от 6 до 12 лет происходит наиболее интенсивная дифференцировка функций двигательного анализатора [Волохов А. А., 1965]. К 7 годам ядро корковой части двигательного анализатора приобретает цитоархитектоническую структуру, сходную со структурой этой зоны коры у взрослого. Таким образом, по-видимому, в этом возрастном периоде устанавливаются более зрелые субор-

динационные отношения между корковыми и подкорковыми структурами двигательного анализатора. Можно думать, что нарушения этих пока еще неустойчивых субординационных отношений становятся важным механизмом расстройств психомоторного уровня реагирования.

Хронологически близким к предыдущему, но все же несколько сдвинутым к более старшему возрасту уровнем патологического реагирования является аффективный уровень: синдромы страхов, повышенной аффективной возбудимости, уходов и бродяжничества, которые чаще встречаются в младшем школьном и препубертатном возрасте, что, вероятно, связано с началом формирования самосознания к концу дошкольного периода и появлением у ребенка элементарной способности к самооценке субъективных переживаний [Эльконин Д. Б., 1960].

Наиболее поздно, а именно в препубертатном и главным образом в пубертатном возрасте, проявляется преимущественно эмоционально-идеаторный уровень реагирования. Психические расстройства данного уровня реагирования возникают на основе сверхценных образований, склонность к которым («моноидеистическая тенденция») в подростковом и юношеском возрасте отмечали еще старые авторы [Ziehen Th., 1924]. К психопатологическим проявлениям этого уровня относится бо́льшая часть состояний из группы «патологических реакций пубертатного возраста» [Сухарева Г. Е., 1959], включая психогенные ситуационные реакции (протеста, эмансипации и др.), сверхценный ипохондрический синдром, синдромы дисморфофобии, нервной или психической анорексии, синдромы сверхценных увлечений и интересов, в том числе синдром «философической интоксикации» и некоторые другие.

Симптоматика, свойственная каждому уровню нервно-психического реагирования, не исключает проявлений предшествующих уровней, однако отодвигает их на второй план и так или иначе видоизменяет. Преобладание психических расстройств, свойственных онтогенетически более ранним уровням, чаще всего свидетельствует об общей или парциальной ретардации.

Важным разделом общей психопатологии является систематика психических заболеваний, которая в схематической форме отражает взгляды на их сущность, основные клинические закономерности и соотношения.

Классификации любых, в том числе психических, заболеваний предназначены для различных целей: теоретиче-

ских, клинико-диагностических, статистических. В связи с этим вряд ли правомерно требовать создания единой классификации, отвечающей одновременно всем этим целям. В зависимости от целей и задач классификаций их структура и номенклатурные обозначения могут существенно отличаться.

Вместе с тем существуют некоторые общие принципы классификаций болезней. Прежде всего это единство критериев группировки в соответствии с целевой установкой и единство терминологии. Эти принципы использованы Всемирной организацией здравоохранения при разработке Международных классификаций болезней и причин смерти (МКБ). Основными задачами международных классификаций являются создание предпосылок для унификации диагностических обозначений и эффективного статистического учета заболеваний и причин смерти в целях совершенствования лечебно-профилактической помощи больным и их социальной реабилитации.

Первая попытка создания международной классификации психических расстройств детского возраста была предпринята в 1967 г. на 3-м семинаре ВОЗ по психиатрической диагностике и статистике в Париже. В основу классификации были положены: 1) клинический психиатрический синдром; 2) интеллектуальный уровень и 3) сопутствующие или этиологические факторы [Rutter M., Lebovici S., Eisenberg L. et al., 1969]. При определенных достоинствах —учете синдромологической специфики психических расстройств детского возраста и возможности отражения в диагнозе сочетающихся психических и неврологических расстройств — данная классификация имеет и существенные недостатки. К ним относятся отсутствие связи с классификацией психических заболеваний у взрослых, недостаточные клиническая дифференцированность и разграничение ряда рубрик.

Использовавшаяся в СССР с 1970 г. МКБ 8-го пересмотра была адаптирована нами применительно к детскому возрасту [Ковалев В. В., 1972].

В МКБ 9-го пересмотра специфика психических расстройств детского возраста отражена значительно больше, однако и она не полностью включает преимущественные для детей и подростков психические нарушения (патологические привычные действия, реактивная дисморфофобия, периодические психозы подростков и некоторые другие).

Кроме того, в МКБ 9-го пересмотра отчетливо выступает тенденция к меньшему по сравнению с МКБ 8-го пере-

смотра использованию нозологически-этиологической оси, что связано с влиянием психодинамических взглядов англо-американских детских психиатров. Эта тенденция еще более отчетливо проявляется в современной американской национальной классификации DSM III, которой свойствен антинозологический подход с заменой нозологических форм отдельными симптомами или группами симптомов («нарушения, связанные с дефицитом внимания», «стереотипные движения», «нарушения поведения» и т. п.) [Spitzer R. L., Cantwell D. P., 1980].

По нашему мнению, достаточно полная классификация психических заболеваний детского и подросткового возраста, предназначенная для клинико-диагностических целей, должна быть построена на основе 4 осей: 1) патогенетически-динамической; 2) патогенетически-уровневой; 3) этиологически-нозологической и 4) клинико-синдромологической.

В соответствии с 1-й осью психические расстройства у детей и подростков делятся на: а) патологические реакции и неэволютивные состояния; б) нарушения психического развития и эволютивные патологические состояния и в) болезненные процессы.

Выделить психотический и непсихотический уровни расстройств позволяет 2-я ось.

В соответствии с 3-й осью психические расстройства можно отнести к тем или иным нозологическим формам (группам), например, шизофрении, эпилепсии, органическим заболеваниям головного мозга, психогенным заболеваниям.

Наконец, 4-я ось определяет синдромальную форму того или иного психического заболевания, например простую, кататоническую, параноидную формы шизофрении, клинические варианты неврозов (невроз страха, истерический невроз, невроз навязчивости, депрессивный невроз, астенический невроз) и т. п.

Отражение в классификации уровня интеллектуального дефекта, а также сопутствующих неврологических синдромов является самостоятельным вопросом, решение которого требует внесения определенных дополнений (осей) в классификацию в зависимости от поставленных задач.

Приводим предлагаемую нами классификацию, построенную на основе указанных 4 осей. Для краткости изложения в классификации опущены клинико-синдромологические формы заболеваний, отражающие 4-ю ось.

Классификация психических расстройств детского и подросткового возраста

Патологические реакции и неэволютивные состояния

Психотические (и приравниваемые к ним)

Реактивные (психогенные) психозы

Симптоматические психозы (включая психозы при общих инфекциях и интоксикациях)

Экзогенно-органические психозы

Периодические психозы подростков

Резидуальные органические деменции

Непсихотические

Ситуационные реакции с нарушениями поведения (патохарактерологические)

Неврозы и невротические реакции

Непроцессуальные, неврозоподобные, психопатоподобные и другие непсихотические состояния (соматогенные и резидуально-органические)

Нарушения психического развития и эволютивные патологические состояния

Психотические (или приравниваемые к ним) состояния слабоумия

Олигофрении с глубоким психическим недоразвитием (имбецильностью и идиотией)

Непроцессуальный ранний детский аутизм со слабоумием (тип Каннера, органический вариант)

Непсихотические

Олигофрения с неглубоким психотическим недоразвитием (дебильностью)

Психический инфантилизм как изолированное нарушение

Невропатические состояния как изолированные нарушения

Задержки развития психомоторики

Нарушения развития речи (включая алалии и дислалии)

Задержки развития школьных навыков (дизлексия, дизграфия, дискалькулия)

Психопатии

Психогенные патологические формирования личности

Непроцессуальный ранний детский аутизм без явлений слабоумия (тип Аспергера, психогенный вариант)

Болезненные процессы

Психотические (и приравниваемые к ним)

Шизофрения

Психозы и состояния деменции при прогрессирующих органических заболеваниях головного мозга

Психозы и слабоумие при эпилепсии

Непсихотические

Эпилепсия (без психоза и слабоумия)

Церебрастенические, неврозоподобные, психопатоподобные и другие непсихотические состояния при прогрессирующих органических заболеваниях головного мозга

Приведенная классификация, безусловно, несовершенна, в ней не во всех случаях полностью выдержан нозологический принцип и принцип единства критериев при отнесении тех или иных клинико-нозологических форм к оп-

ределенным группам и подгруппам. Однако подобные недостатки имеются во всех классификациях психических заболеваний, включая МКБ. Предлагаемая классификация имеет целью определенную систематизацию разнообразных форм психических расстройств прежде всего для решения клинико-диагностических задач. Кроме того, классификация позволяет оценить отношения между отдельными психическими заболеваниями и расстройствами с эволюционных и динамических позиций.

Данную классификацию без соответствующей доработки нельзя использовать для статистического учета.

Изложенные особенности общей психопатологии детского и подросткового возраста конкретизируются в последующих главах, в которых освещаются, с одной стороны, специфика психических расстройств в разные возрастные периоды, а с другой — преимущественные для детского и подросткового возраста дизонтогенетические психопатологические синдромы.

Глава 2

РАССТРОЙСТВА ПСИХОМОТОРИКИ

Расстройствам психомоторики принадлежит одно из ведущих мест в семиотике психических заболеваний детского возраста. Особенно велик их удельный вес в проявлениях психических заболеваний с конца раннего детского (с 2—3 лет) и вплоть до начала школьного возраста. Это может быть связано с наиболее интенсивным созреванием в данный возрастной период элементов и структур двигательного анализатора [Кукуев Л. А., 1965; Кононова Е. П., 1965] и постепенным установлением в нем субординационных отношений между пирамидной и экстрапирамидной системами, свойственных более старшему возрасту.

Систематика расстройств психомоторики у детей разработана недостаточно. Данные литературы [Гуревич М. О., 1932; Озерецкий Н. И., 1938; Сухарева Г. Е., 1957; Ушаков Г. К., 1973; Башина В. М., 1980; Tramer M., 1964; Kanner L., 1966, и др.] и наш клинический опыт позволяют выделить следующие основные типы расстройств психомоторики в детском и подростковом возрасте: 1) кататонические и кататоноподобные; 2) кататоно-гебефренные; 3) нарушения психомоторики в структуре синдромов аффективных расстройств; 4) навязчивые движения и дей-

ствия; 5) психомоторные пароксизмальные расстройства; 6) регрессивные расстройства психомоторики и 7) нарушения психомоторики при синдроме гиперактивности.

Нарушения психомоторики при синдромах аффективных расстройств описаны в главе 4.

Кататоно-гебефренные, регрессивные расстройства психомоторики, а также нарушения психомоторики при синдроме гиперактивности являются преимущественными расстройствами детского и подросткового возраста, в связи с чем излагаются во второй части.

Кататонические и кататоноподобные расстройства

Расстройства этого типа относятся к широкой группе состояний психомоторного возбуждения и заторможенности, часто встречающихся в детском возрасте. Кататонический синдром, как известно, проявляется в форме возбуждения и оцепенения (ступора). У детей значительно чаще встречаются проявления кататонического возбуждения. Типичные развернутые состояния кататонического возбуждения и ступора наблюдаются лишь начиная с пубертатного возраста. Однако разнообразные и весьма характерные рудиментарные кататонические нарушения встречаются уже в раннем детском возрасте. Так, по данным В. М. Башиной (1980), возбуждение и акинезия, напоминающие кататонические проявления, наблюдаются при шизофрении начиная с 1—3 лет.

Состояние *рудиментарного кататонического возбуждения* [кататоноподобные, по В. М. Башиной, (1980)] у детей раннего и дошкольного возраста обычно выражается в таких формах, как бесцельная маятникообразная ходьба от препятствия к препятствию, однообразный бег по кругу («манежный бег»), стереотипные подпрыгивания, хлопанье в ладоши, проговаривание или выкрики бессмысленных звукосочетаний или набора отдельных не связанных по смыслу слов, в том числе придуманных самим ребенком неологизмов («забиток» вместо «молоток», «бонка» вместо «подушка» и т. п.), импульсивные поступки (ребенок внезапно взвизгивает, неожиданно ударяет кого-либо, плюет на случайно проходящего мимо). Встречаются также повторения слов и действий окружающих (эхолалия и эхопраксия). Характерны вычурные движения (например, особая подпрыгивающая походка), отсутствие содружественных движений, гримасы (на-

хмуривание лба, зажмуривание, а потом широкое раскрывание глаз и т. п.).

Периодически, особенно к вечеру или под влиянием внешних воздействий (приход посторонних, телевизионная передача, наказание и т. д.), а иногда и без повода могут возникать непродолжительные состояния резкого психомоторного возбуждения. Ребенок мечется по комнате, совершает разнообразные описанные выше движения, бесцельно хватает и бросает попавшиеся в поле зрения предметы, громко кричит, визжит, однообразно выкрикивает отдельные слова, почти не реагируя на попытки успокоить его.

Рудиментарные проявления кататонического возбуждения у детей раннего возраста и младшего дошкольного возраста обязательно сочетаются с регрессивными расстройствами психомоторики (потряхивание кистями, взмахивание руками, перебирание пальцами перед глазами, атетозоподобные движения пальцами рук, подпрыгивания на носках и т. д.), которые описаны в главе 10. Нередко регрессивные двигательные расстройства преобладают над собственно кататоническими.

Кататоническое возбуждение у детей младшего школьного и препубертатного возраста ближе к типичному кататоническому возбуждению подростков и взрослых. Сравнительно редко наблюдаются сопутствующие регрессивные двигательные расстройства. Более выраженным становится речевое возбуждение.

Дети без умолку говорят сами с собой, не вступая в речевой контакт с окружающими («симптом монолога»), кричат, поют, бранятся, их речь разорванная. Часто наблюдаются импульсивные поступки (дети внезапно вскакивают, ложатся на пол, плюют и т. п.), экопраксии, эхолалии, вербигерации (повторение одних и тех же слов).

Кататоническое возбуждение у подростков характеризуется большей интенсивностью и очерченностью указанных проявлений, а также обычно присоединением гебефренного возбуждения, описанного во второй части.

Рудиментарные проявления кататонического ступора, по данным В. М. Башиной (1980), наблюдаются у детей несколько более старшего возраста (начиная с 3—5 лет). Чаще это кратковременные застывания в той или иной позе (например, ребенок при еде застывает с поднесенной ко рту ложкой, некоторое время удерживает поднятую для обувания ногу). Такие преходящие застывания являются рудиментами симптома восковой гибкости (каталепсии). Реже у детей дошкольного воз-

раста бывают периоды более длительной двигательной заторможенности с застывшим взглядом и маскообразным лицом. У детей с 6—7-летнего возраста изредка встречаются элементы «эмбриональной позы»— руки ребенка согнуты в локтевых суставах и прижаты к туловищу. Еще реже наблюдается сопротивление при попытке изменить неудобное положение головы — рудимент симптома «воздушной подушки». Частый симптом кататонического ступора у детей — полное или частичное молчание (мутизм), которое в отличие от мутизма при кататоническом синдроме у взрослых часто прерывается спонтанными высказываниями или даже разговором с самим собой без речевого контакта с окружающими.

Рудиментарные проявления ступора нередко выражаются не в двигательном оцепенении, а в скованности и резком замедлении произвольных движений. Дети крайне медленно жуют во время еды, очень медленно одеваются, делая большие паузы, медленно отрывисто говорят.

У детей младшего школьного и препубертатного возраста картина кататонического ступора начинает приближаться к типичной.

Более заметным становится активный и пассивный негативизм. При первом дети активно сопротивляются требованиям и действиям окружающих: стискивают зубы при просьбе открыть рот, низко опускают голову при попытке заглянуть в лицо и т. п. Во втором случае дети не реагируют на просьбы выполнить то или иное действие.

При кататоническом ступоре дети как школьного, так и более младшего возраста могут отказываться от пищи. Однако в отличие от старших подростков и взрослых отказ от еды, как правило, бывает кратковременным. Нередко наблюдается задержка мочи и кала.

Явления кататонического ступора у детей всех возрастов, особенно младшего, кратковременны и постоянно перемежаются с описанными выше рудиментарными проявлениями кататонического возбуждения, которые в целом преобладают.

Другими возрастными особенностями кататонического ступора у детей раннего, дошкольного и отчасти младшего школьного возраста являются изменчивость мышечного тонуса и отсутствие мышечного напряжения, что исключает возникновение истинной каталепсии.

У подростков при кататоническом ступоре встречаются выраженные явления каталепсии, симптом «воздушной подушки», длительное сохранение «эмбриональной позы»

(с опущенной на грудь головой, подтянутыми к животу и согнутыми в коленях ногами и согнутыми в локтевых суставах руками), мутизм, более стойкий отказ от еды, выраженный активный негативизм. Как правило, наблюдаются выраженные вегетативные расстройства: сальность лица, гиперсаливация, акроцианоз. Длительная задержка мочи и кала может чередоваться с их недержанием.

Как и у взрослых, возможны две разновидности ступора. При первой (люцидный ступор) сознание больного не помрачено, двигательное оцепенение и другие ступорозные симптомы выражены отчетливо. О непомраченном сознании свидетельствуют нередкое сохранение больным способности следить взглядом за происходящим, а также воспоминания о происходившем вокруг по выходе из ступора.

При второй разновидности ступора (онейроидный ступор) полной обездвиженности чаще не наблюдается, слабее выражены или отсутствуют явления каталепсии, реже бывает отказ от еды, временами возможен частичный контакт с больным. Главным отличием от люцидного ступора служит помрачение сознания в форме онейроидного состояния с отрешенностью от реальности и уходом в мир ярких грезоподобных фантастических переживаний. На лице больных при этом часто бывает выражение страха, отчаяния или, наоборот, счастья, удовольствия, что связано с меняющимся настроением и болезненными переживаниями.

Наиболее типичные проявления кататонического синдрома отмечаются при шизофрении.

Симптомы, внешне сходные с кататоническими (кататоноподобные), бывают при экзогенно-органических психозах, а иногда при реактивных психозах, особенно у детей и подростков с резидуальной церебрально-органической недостаточностью.

Кататоноподобные состояния при экзогенно-органических психозах, связанных с мозговыми инфекциями, интоксикациями и травмами, отличаются однообразным моторным возбуждением с многократным повторением однотипных движений, напоминающих насильственные, слабой выраженностью или отсутствием вычурности движений и речи, отсутствием негативизма, которые свойственны кататоническим состояниям при шизофрении. Нередко кататоноподобное возбуждение сочетается с гиперкинезами и ритмичными автоматизированными движениями. Часто оно возникает на фоне сумеречного помрачения сознания и дистимического или дисфорического настроения с каприз-

ностью, плаксивостью, недовольством, раздражительностью.

Ступорозным состоянием при экзогенно-органических психозах не свойственны явления истинного негативизма, чередование с кататоно-гебефренным возбуждением (манерность, вычурность движений, гримасничанье).

Состояния психомоторного возбуждения при реактивных (аффективно-шоковых и истерических) психозах кратковременны, протекают на фоне аффективно суженного сознания, часто в той или иной степени отражают психотравмирующую ситуацию (переживание страха, обиды и т. п.).

Психогенный ступор, возникающий в связи с острой психической травмой, в большинстве случаев выражается менее глубокой двигательной заторможенностью, которая редко сопровождается каталепсией, негативизмом. В то же время имеется полный мутизм. Характерно выраженное изменение аффективного состояния со страхами, тревогой, тоскливостью, которые обнаруживаются в мимике, позе и жестах. Все это не свойственно больным шизофренией с люцидно-кататоническими состояниями. Психогенный ступор, как и возбуждение, может сопровождаться аффективным сужением сознания, т. е. разновидностью сумеречного помрачения сознания.

Навязчивые движения и действия

Навязчивые движения и действия (компульсии) входят в большую группу расстройств, называемых навязчивыми состояниями или навязчивостями. К ним относят различные психические и психомоторные феномены, «возникающие независимо и вопреки желанию больного, притом непреодолимо, с большим постоянством» [Озерецковский Д. С., 1961]. Двигательные (моторные) навязчивости подразделяются на навязчивые движения и действия.

К навязчивым движениям относят разнообразные элементарные движения, склонные к повторению: учащенное мигание, наморщивание лба, нахмуривание, повороты головы, подергивания плечами, облизывание и покусывание губ, покашливание, «хмыканье» (респираторные тики), потирание рук, постоянное поправление пояса одежды, отбрасывание волос со лба и т. п., которые осознаются детьми как чуждые, болезненные, как дурная привычка и могут быть на время подавлены усилием воли. Дети более старшего возраста, школьники стесняются этих движений, стараются скрыть или подавить их при посторон-

них. Однако в привычной повседневной обстановке, особенно будучи чем-либо заняты (школьные занятия, игра, чтение, просмотр телепередачи), дети часто не замечают совершаемых ими навязчивых движений.

Описанные элементарные навязчивые движения обычно относят к невротическим, или навязчивым, тикам [Ушаков Г. К., 1973; Гарбузов В. И., Захаров А. И., Исаев Д. Н., 1977; Шевченко Ю. С., 1979, и др.]. Как показывают проведенные в нашей клинике наблюдения Ю. С. Шевченко (1979), в пользу этого говорит тесная связь описанных элементарных движений с состоянием внутреннего напряжения, тревоги, протопатического страха, иногда с переживанием чувства вины.

Важнейший психопатологический компонент навязчивости — переживание чуждости движений при тиках имеется не всегда, а у детей дошкольного возраста нередко вообще отсутствует или же не выявляется ввиду трудностей вербализации субъективных переживаний. В связи с этим у детей младшего возраста можно в основном говорить лишь о рудиментарных навязчивых движениях.

В возникновении навязчивых движений ведущая роль принадлежит условнорефлекторной фиксации защитных движений (вздрагивание или отшатывание при испуге, учащенное мигание при попадании в глаз инородного тела, покашливание при раздражении дыхательных путей и т. п.), которые в дальнейшем утрачивают защитный характер. При превращении защитного движения в навязчивое появляется потребность в возобновлении привычного движения, которое на короткое время устраняет чувство внутреннего напряжения, беспокойства и тревоги. Сдерживание навязчивого движения ведет к усилению эмоционального напряжения и беспокойства, увеличивая потребность в возобновлении навязчивого движения.

В патогенезе невротических (навязчивых) тиков предполагается роль патологической условнорефлекторной связи в двигательных системах, которая отличается стойкостью в связи с патологически инертным возбуждением [Попов Е. А., 1945; Иванов-Смоленский А. Н., 1952]. Современные клинико-физиологические исследования [Козлова Т. А., 1977] также свидетельствуют об участии в механизмах тиков патологической функциональной системы с застойным возбуждением в нейронных кругах, обеспечивающих сенсомоторную деятельность.

По данным В. И. Гарбузова, А. И. Захарова, Д. Н. Исаева (1977), невротические тики могут возникать с 3 мес

жизни. Наблюдения нашей клиники [Шевченко Ю. С., 1979] свидетельствуют о том, что навязчивые тики наиболее часто возникают в период с 3 до 7 лет, т. е. на этапе преимущественно психомоторного уровня нервно-психического реагирования [Ковалев В. В., 1969, 1979]. Усиление или возобновление имевшихся до того навязчивых тиков нередко наблюдается в пубертатном возрасте.

Клинико-динамические наблюдения, проведенные Ю. С. Шевченко (1979, 1980), свидетельствуют о том, что навязчивые тики в школьном возрасте претерпевают эволюцию в двух направлениях. Чаще (приблизительно в $^2/_3$ случаев) они утрачивают тесно спаянный с ними аффективный компонент тревоги, внутреннего напряжения и беспокойства, переживание чуждости, трансформируясь в привычные стереотипные действия, которые с возрастом нередко исчезают.

Реже элементарные навязчивые движения постепенно усложняются, становятся многокомпонентными и превращаются в навязчивые действия и ритуалы разной сложности. При этом спаянное с элементарным навязчивым движением аффективное переживание внутреннего напряжения, беспокойства и тревоги трансформируется в аффективные навязчивости — фобии. Второй тип динамики тиков подтверждает их психопатологическое родство с навязчивыми действиями и другими навязчивыми феноменами.

Навязчивые действия представляют собой значительно более сложные нарушения, состоящие из разнообразных произвольных движений: прикосновения к определенным предметам или частям тела, постукивания, потряхивания руками, перешагивания через щели в полу или трещины в асфальте, повторяющийся взгляд в определенном направлении, многократное обведение букв при письме и т. п. Стремление к повторению этих действий трудно преодолимо, а их выполнение на время освобождает больных от навязчивых страхов и опасений.

В связи с этим навязчивые действия рассматриваются как своеобразная символическая психологическая защита от мнимой или реальной опасности. И. П. Павлов объяснял защитную роль навязчивых действий физиологическим механизмом отрицательной индукции от очага возбуждения, связанного с выполнением навязчивого движения.

Комплексы навязчивых действий, осуществлямых в строго определенной последовательности и складывающихся в более или менее сложные поступки, называются на-

вязчивыми ритуалами. Сравнительно простым ритуалом является, например, постукивание или прикосновение строго определенное число раз (чаще 3, 7, 9). Более сложным и длительным может быть ритуал вставания с постели, одевания, при котором больной, например, спускает на пол вначале только определенную ногу, прикасаясь к полу обязательно пяткой, затем опускает другую ногу, прикасаясь к полу пальцами, после этого определенное число раз потряхивает ступнями, в определенном порядке надевает одежду, время от времени прикасаясь пальцами правой руки к тем или иным частям тела и т. п. У некоторых больных ритуалы бывают особо вычурными. Так один наблюдавшийся нами мальчик 12 лет время от времени совершал сложный ритуал, состоявший из полного оборота вокруг своей оси, приседания с вытягиванием вперед левой ноги и троекратного дотрагивания пальцами правой руки до подбородка. Подобные ритуалы нередко отнимают у больного много времени, становятся причиной крайне медленного выполнения любых необходимых повседневных действий (еды, приготовления домашних заданий и др.), источником систематических опозданий в школу и могут серьезно нарушать адаптацию ребенка или подростка в жизни в виде препятствия к посещению школы и других общественных мест. Ритуалы, как и более простые навязчивые действия, при возникновении обычно связаны с тревожными опасениями, страхами и другими аффективными навязчивыми переживаниями.

Более сложные навязчивые действия чаще наблюдаются у детей школьного возраста и подростков, у которых они в большинстве случаев сочетаются с навязчивыми страхами, опасениями, представлениями, мыслями в структуре синдрома навязчивостей. В дошкольном и преддошкольном возрасте развернутый синдром навязчивостей не наблюдается, однако навязчивые движения в форме тиков и навязчивые действия, в том числе некоторые навязчивые ритуалы, встречаются часто.

В наиболее раннем возрасте (около 2—3 лет) могут возникать навязчивые ритуалы умывания, одевания, раздевания, отхода ко сну, связанные с опасением какой-то беды в случае невыполнения действия [G. Nissen, цит. Harbauer H. et al., 1980]. Довольно рано наблюдается также навязчивое стремление расставлять вещи, особенно игрушки, обувь в определенном порядке.

По мнению некоторых исследователей [Ушаков Г. К., 1973; Nissen G., 1980], навязчивые движения и действия

берут свое начало в раннем онтогенезе от привычных однообразных движений ребенка 1—2-го года жизни (стереотипные раскачивания туловища и покачивания головой, особенно при засыпании,— так называемая яктация, однообразная игра частями тела, сосание пальцев и т. п.), которые, как полагают, способствуют подавлению отрицательных эмоций. Это объяснение защитного механизма однообразных движений у детей раннего возраста близко к физиологической трактовке И. П. Павловым защитной роли навязчивых движений, о которой упоминалось выше.

Моторные навязчивости в детском возрасте встречаются практически при двух нозологических формах: неврозах и шизофрении. Элементарные навязчивые движения — навязчивые тики в основном свойственны невротическим реакциям и состояниям, реже они входят в число неврозоподобных проявлений вялотекущей шизофрении. В последнем случае они ближе к навязчивым действиям и более вычурны (своеобразные гримасы с перекосом лица, чередующиеся с отведением глазных яблок то вправо, то влево, вычурные повороты головы, взмахи руками, переступание с ноги на ногу и т. п.). При этом даже у детей школьного возраста часто слабо выражены осознание болезненности навязчивых движений и стремление их преодолеть, быстро утрачивается связь с аффективными нарушениями — чувством внутреннего напряжения, беспокойства, тревоги, навязчивым страхом. Динамика таких навязчивых действий обычно свидетельствует о постепенном превращении их либо в кататонические моторные стереотипии, либо в двигательные автоматизмы.

Навязчивые действия, тесно связанные с навязчивыми страхами и опасениями, психологически более понятные, невычурные (постукивания, прикосновения, потирание рук и некоторые другие), чаще относятся к проявлениям невротических навязчивостей, в частности в рамках невроза навязчивых состояний, особенно его варианта — невроза навязчивых движений, или компульсивного невроза. Так, у наблюдавшегося нами мальчика 11 лет навязчивые троекратные дотрагивания до стен начались в результате тревоги за тяжелобольную мать, которой предстояла серьезная операция. Мальчик критически относился к своей «привычке», стеснялся ее, а врачу говорил: «Если я не дотронусь 3 раза, мне кажется, что мама может умереть».

Более сложные и особенно вычурные навязчивые ритуалы чаще наблюдаются при вялотекущей шизофрении. Навязчивые ритуалы в виде стремления располагать вещи в

особом порядке, которые иногда бывают у детей младшего возраста, по нашим наблюдениям, также более свойственны вялотекущей шизофрении.

Дополнительными клинико-динамическими критериями отграничения невротических и процессуальных навязчивых движений и действий являются установленное Ю. С. Шевченко (1979) постоянство «сквозного синдрома», т. е. сохранение ведущего синдрома навязчивостей (в том числе компульсивных) на всем протяжении невроза, что не свойственно шизофрении, а также различия тенденций динамики навязчивых феноменов на протяжении заболевания. Так, если при неврозе навязчивостей ведущий синдром моторных навязчивостей усложняется отдельными навязчивостями более высокого уровня реагирования (например, отдельные фобии, идеаторные навязчивости), то при шизофрении имеется тенденция к регрессу навязчивостей с их переходом на онтогенетически более ранние уровни (например, от идеаторных и смешанных к моторным навязчивостям).

Навязчивые тики требуют отграничения от неврозоподобных тиков, связанных с остаточными явлениями ранних или постнатальных органических поражений головного мозга, а также от тикоподобных гиперкинезов при органических заболеваниях головного мозга и при синдроме Жиля де ла Туретта. Элементарность моторных проявлений при тиках разного генеза делает их отграничение весьма трудным, но в типичных случаях оно вполне возможно. Неврозоподобные резидуально-органические тики в отличие от невротических навязчивых тиков, как правило, не имеют аффективного компонента (внутреннее напряжение, беспокойство, тревога), не сопровождаются переживаниями чуждости и болезненности, не носят характера психологически понятного защитного действия. Кроме того, они более элементарны, монотонны, имеют определенный ритм, а нередко и признаки локальности (преобладают в одной половине тела или в какой-либо области). Дети и подростки не осознают этих движений, не пытаются их скрыть или подавить, хотя и могут сдержать их (в отличие от гиперкинезов, имеющих насильственный характер). Обязательным фоном резидуально-органических неврозоподобных тиков является более или менее выраженный психоорганический синдром с церебрастеническими, разнообразными неврозоподобными (заикание, энурез и др.), а также психопатоподобными проявлениями, особенно синдромом гиперактивности. Как правило, имеются диэнцефально-ве-

гетативные нарушения, часто отмечаются явления субкомпенсированной гидроцефалии и органические изменения ЭЭГ.

В отличие от этого невротические тики обязательно имеют указанный выше аффективный компонент, их возникновение психологически понятно, фоном для них часто являются невропатические состояния с боязливостью, повышенной впечатлительностью и внушаемостью. Эти тики изменчивы по выраженности и локализации, склонны к миграции. По наблюдениям В. И. Гарбузова (1977), невротические тики чаще начинаются с учащенного моргания, затем переходят на мимические мышцы, мышцы шеи и, наконец, мышцы конечностей. При этом бывшие вначале тики исчезают, сменяясь тиками другой локализации. По нашим данным, такая закономерность миграции не характерна для неврозоподобных тиков.

Интенсивность невротических тиков тесно связана с ситуационными психотравмирующими воздействиями, а выраженность неврозоподобных тиков больше зависит от соматогенных влияний (физическое переутомление, инфекции, интоксикации, травмы).

Органические тикоподобные гиперкинезы, включая гиперкинезы при синдроме Жиля де ла Туретта, насильственны, их нельзя устранить усилием воли. Они не мотивированы психологически, лишены целесообразности защитных движений, не имеют аффективного компонента напряжения, беспокойства, тревоги. В то же время в отличие от неврозоподобных тиков они всегда осознаются как чуждые, болезненные явления и нередко, особенно при синдроме Жиля де ла Туретта, тягостно переживаются и даже могут сопровождаться болевыми ощущениями.

От невротических тиков следует отграничивать также вздрагивания (sécousses французских авторов) в отдельных группах мышц (шея, плечевой пояс, конечности) при миоклонических пароксизмах у больных эпилепсией. В этом случае движения непроизвольны, их не удается подавить, они возникают эпизодически, нередко сопровождаются изменением сознания.

Психомоторные пароксизмальные расстройства

Психомоторные пароксизмальные расстройства, как и другие пароксизмальные нарушения, отличаются тремя признаками: внезапностью возникновения и прекращения, стереотипностью проявлений и периодичностью.

Кроме того, при психомоторных пароксизмах движения автоматизированные и возникают на фоне сумеречного помрачения сознания с последующей амнезией.

Феноменология психомоторных пароксизмальных расстройств весьма разнообразна и зависит от возраста ребенка. У детей преддошкольного и дошкольного возраста чаще встречаются элементарные формы психомоторных расстройств — оральные автоматизмы в виде кратковременных приступов глотательных, жевательных, сосательных движений, которые возникают во сне или при сумеречном помрачении сознания и сопровождаются слюнотечением.

В конце дошкольного и в младшем школьном возрасте наблюдаются более сложные формы пароксизмальных автоматизмов, возникающих на фоне сумеречного помрачения сознания: потирание рук, хлопанье в ладоши, подпрыгивания, пританцовывания, раздевания и одевания, раскладывание одежды, бессвязное проговаривание отдельных слов и слогов [Крайндлер А., и др., 1963].

У детей школьного возраста психомоторные пароксизмальные расстройства нередко выступают в форме немотивированных нарушений поведения. Ребенок вдруг начинает дурачиться, кувыркаться, принимает странные позы, танцует, поет, беспричинно хохочет или громко плачет, обнажается, может встать и помочиться во время урока в классе. При этом он не реагирует на обращение, хотя сохраняет элементарную ориентировку в окружающем. К этой же группе относятся ротаторные приступы с вращательными движениями вокруг своей оси в одном направлении.

К психомоторным пароксизмальным расстройствам в форме нарушений поведения близко примыкают пароксизмальные состояния с агрессивным поведением и раздражительно-злобным настроением на фоне сумеречного помрачения сознания [O'Donohoe N. V., 1979].

Разновидностью пароксизмальных психомоторных расстройств являются амбулаторные автоматизмы (от лат. ambulo-ambulare — ходить, приходить) — уходы, блуждания, иногда дальние поездки (трансы) в состоянии помраченного сознания.

Специфическую для детей и младших подростков форму психомоторных автоматизмов представляют снохождения (сомнамбулизм) и сноговорение. При снохождении ребенок во время ночного сна садится в постели, встает, бродит по комнате, совершает ряд других автома-

тизированных действий — перебирает постельное белье, перекладывает одежду и обувь, открывает и закрывает дверцы шкафов и т. п. Как правило, реакция на обращение и присутствие близких отсутствует. После пробуждения утром воспоминания о действиях в период снохождения не сохраняются.

Феноменом, близким к снохождению, является сноговорение: ребенок периодически во сне произносит бессмысленный набор слов, слогов, также не сохраняя об этом воспоминаний.

Описанные пароксизмальные психомоторные расстройства наблюдаются в основном при эпилепсии, главным образом в ее начальной стадии [Новлянская К. А., 1947]. Значительно реже психомоторные пароксизмы возникают при эпилептиформных состояниях у больных с резидуально-органическими поражениями и текущими органическими заболеваниями головного мозга. Патогенез психомоторных пароксизмов связывают с локализацией эпилептических очагов в височных долях полушарий большого мозга и анатомически близких к ним образованиях (покрышка, лобно-орбитальная кора и др.).

В связи с этим психомоторные пароксизмы условно относят к «височной эпилепсии», хотя, как указывают ряд авторов [Крайндлер А. и др., 1963; Гасто А. и др., 1975], они могут возникать и при другой локализации эпилептического очага.

Психомоторные пароксизмальные расстройства требуют отграничения от нарушений поведения при пограничных состояниях (психопатиях, патохарактерологических реакциях и др.). Основными критериями отграничения являются немотивированность, внезапность и относительная кратковременность психомоторных нарушений, а также их возникновение на фоне сумеречного помрачения сознания с последующей амнезией.

Пароксизмальный сомнамбулизм следует дифференцировать с невротическим и неврозоподобным. В отличие от последних пароксизмальный (эпилептический) сомнамбулизм сопровождается более глубоким помрачением сознания, исключающим любой контакт с ребенком, импульсивной агрессивностью при попытках «разбудить», однообразием, стереотипностью автоматизированных действий, нередко упусканием мочи и дефекацией. Кроме того, пароксизмальный сомнамбулизм склонен к повторению ночью в одно и то же время. При пароксизмальном снохождении

онных факторов и связи автоматизмов с содержанием сновидений.

Дополнительное дифференциально-диагностическое значение имеет частое сочетание психомоторных пароксизмальных расстройств с так называемыми психическими пароксизмами [Penfield W., Jasper H., 1958], прежде всего с пароксизмальными ночными страхами, дневными эпизодами сумеречного помрачения сознания, психосенсорными приступами.

У детей дошкольного и младшего школьного возраста психомоторные пароксизмы нередко сочетаются с вегетативно-висцеральными пароксизмами (пароксизмальная рвота, энурез, абдоминальные кризы и др.).

Глава 3

РАССТРОЙСТВА ВЛЕЧЕНИЙ

Психология и психопатология влечений, особенно их сравнительно-возрастные аспекты, разработаны недостаточно. В западной литературе преобладает трактовка сущности и генеза влечений и их расстройств с психоаналитических и этологических позиций. Между тем нарушения влечений в психопатологии детского и подросткового возраста имеют относительно больший удельный вес, чем в психопатологии взрослых. Это, очевидно, связано с возрастной незрелостью более высокоорганизованных социально-психологических компонентов личности и с большей «обнаженностью» природно-психических свойств (в нашем понимании.— В. В. Ковалев, 1973, 1979), к которым, в частности, относятся и влечения.

В общей психологии влечениями называют мало осознанные или даже неосознаваемые побуждения [Богословский В. В., Ковалев А. Г., Степанов А. А., 1981], физиологическую основу которых составляют инстинкты, т. е. сложные врожденные безусловнорефлекторные механизмы. В соответствии с основными инстинктами человека и высших животных (половой, пищевой, оборонительной) выделяются соответствующие влечения — сексуальное, пищевое, влечение, связанное с инстинктом самосохранения («оборонительный рефлекс») [Банщиков В. М., Короленко Ц. П., Давыдов И. В., 1971; Ушаков Г. К., 1973, и др.]. В процессе осознания влечений, как известно, возникают осознанные физические («материальные») потребности,

проявляющиеся в форме различных желаний и действий.

Расстройства влечений независимо от связи с тем или иным инстинктом условно можно подразделить на болезненно повышенные и ослабленные, извращенные и импульсивные (неодолимые) [Банщиков В. М. и др., 1971; Ковалев В. В., 1979, и др.]. Неразрывная связь влечений со сферой инстинктов обусловливает возможность расстройств влечений начиная с самого раннего возраста.

Расстройства влечения к пище у детей чаще проявляются в том или ином снижении аппетита. Выраженное снижение аппетита вплоть до его отсутствия называют анорексией (от греч. a — отрицание, orexis — желание, аппетит). Снижение аппетита с ограничением приема пищи, частым отказом от еды и последующим похуданием чаще встречается у детей раннего и дошкольного возраста. Дети неохотно приступают к еде, проявляют большую избирательность к пище, часто отказываются от мясных блюд, овощей. Некоторые дети младшего и раннего возраста долго не едят плотной пищи. Кроме того, при анорексии дети медленно пережевывают пищу, подолгу задерживают ее во рту, нередко выплевывают.

Во время кормления маленьких детей часты срыгивания, рвота. Используемые многими родителями, в таких случаях чтение рассказов или сказок, игровые действия и т. п., как правило, не только не способствуют появлению аппетита, а еще больше тормозят пищевой инстинкт. У многих детей анорексии сопутствуют повышенная раздражительность, капризность, плаксивость.

В раннем детском возрасте и отчасти в дошкольном возрасте анорексия характерна для невропатических состояний разного генеза (см. главу 9). У детей старшего дошкольного и школьного возраста анорексия наблюдается в основном при невротических и непроцессуальных неврозоподобных расстройствах с невропатическими состояниями в анамнезе. В обоих случаях имеется истинное снижение пищевого инстинкта и соответствующего влечения к пище. Вместе с тем проявления, близкие к анорексии (аноректиформные), иногда встречаются у детей младшего возраста при вялотекущей шизофрении. Однако здесь пищевой инстинкт не столько снижен, сколько извращен. Это выражается в крайней избирательности к пище, а также особом сверхценном или даже бредовом отношении к некоторым продуктам (дети отказываются от любых блюд из мяса, птицы и рыбы, не пьют молока, поскольку «оно нужно для детенышей животных» и т. п.).

У девочек-подростков и девушек истинная анорексия иногда наблюдается при истерическом неврозе и декомпенсациях истероидной и психоастенической психопатии [Коркина М. В., 1967; Dally P., 1969]. В случаях истерического невроза и истероидной психопатии анорексия возникает по механизму «условной желательности» как средство неосознанного избавления от той или иной психотравмирующей ситуации. Как правило, демонстративное аноректическое поведение сопровождают истеро-невротические расстройства. При декомпенсации психастенической психопатии снижение аппетита нередко сочетается с отвращением к пище, различными навязчивыми опасениями, сниженным фоном настроения. Черты демонстративности в поведении отсутствуют. Больные тяготятся своим расстройством.

Истинную анорексию при пограничных состояниях у подростков необходимо дифференцировать с синдромом нервной или психической анорексии, т. е. аноректическим поведением, связанным с сознательным болезненным ограничением приема пищи в целях похудания (см. главу 10).

Повышенное влечение к пище чаще проявляется в форме ожирения как психосоматического выражения хронических психотравмирующих переживаний (хронический психический стресс) [Nissen G., 1977]. При этом, по мнению представителей психосоматического направления, удовлетворение от избыточного количества вкусной пищи как бы компенсирует отрицательные эмоциональные переживания. Повышенное влечение к еде нередко сочетается с депрессивным сдвигом настроения, тревогой и страхом. К повышенному аппетиту и ожирению предрасполагает семейная традиция употребления избыточного количества калорийной пищи [Nissen G., 1977].

Чрезмерно повышенный аппетит с постоянным перееданием — полифагия, булимия — наблюдается при расстройствах влечений в рамках психопатоподобных состояний, связанных с инфекционными, токсическими и травматическими поражениями головного мозга [Сухарева Г. Е., 1959, 1974].

Извращение влечения к пище у детей и подростков, как и у взрослых, может проявляться в форме поедания несъедобных объектов — земли, глины, испражнений, что встречается при выраженной умственной отсталости (имбецильность, идиотия).

Булимия иногда, в основном при диэнцефальной патологии, может становиться импульсивной, неодолимой.

Расстройства сексуального влечения в детском и подростковом возрасте встречаются относительно часто и очень разнообразны, что, вероятно, связано с незрелостью детской сексуальности.

Повышенное сексуальное влечение у детей раннего и дошкольного возраста проявляется в стереотипных манипуляциях с половыми органами (частое дотрагивание, потирание и другие формы механического раздражения), во время которых ребенок испытывает удовольствие, нередко краснеет, покрывается потом, шумно дышит.

По мнению ряда авторов [de Ajuriaguerra J., 1970; Nissen G., 1977], подобные проявления у детей нельзя рассматривать как истинную мастурбацию ввиду отсутствия гетеро- или гомосексуального фантазирования. Генитальные манипуляции чаще наблюдаются у девочек. Повышенная сексуальная возбудимость у мальчиков младшего возраста проявляется частыми эрекциями при различных механических раздражениях. Однако такие эрекции чаще не сопровождаются генитальными манипуляциями [Nissen G., 1977].

Повышение сексуального влечения у детей дошкольного возраста может также проявляться в стремлении показывать свои половые органы, разглядывать и ощупывать половые органы других детей, обнимать, целовать, прижимать к себе детей разного пола, прижиматься к ногам и ягодицам взрослых противоположного пола и т. п. [Исаев Д. Н., Микиртумов Б. Е., Богданова Е. И., 1976; de Ajuriaguerra J., 1970; Nissen G., 1977, и др.]. Хотя некоторые из названных сексуальных действий могут рассматриваться как возрастные рудименты сексуальных расстройств, в том числе перверсий (эксгибиционизм, вуайеризм, нарциссизм и др.), однако в силу половой незрелости и недифференцированности сексуального влечения у детей до пубертатного возраста эти девиации поведения нельзя считать половыми извращениями в собственном смысле слова [Сухарева Г. Е., 1959; Исаев Д. Н., Каган В. Е., 1979, и др.].

У детей школьного возраста до начала пубертатного периода повышенное сексуальное влечение выражается в мастурбации, которая может сопровождаться эротическим образным фантазированием, проявляться во взаимном онанизме, в стремлении наблюдать половые отношения взрослых, разглядывать картинки эротического содержания, в рисунках сексуального содержания, циничных высказыва-

ниях и жестах [Исаев Д. Н. и др., 1976; Исаев Д. Н., Каган В. Е., 1979; Nissen G., 1977].

У подростков наиболее частым проявлением повышения сексуального влечения является мастурбация, сочетающаяся с яркими эротическими фантазиями, в большинстве случаев гетеросексуальными. В связи со значительной распространенностью (70% у подростков мужского пола и 15—20% у подростков женского пола, согласно А. Е. Личко, 1979) подростковая мастурбация рассматривается современной сексологией не как патологическое явление, а как компенсаторный феномен, позволяющий снять физиологический дискомфорт, связанный с невозможностью удовлетворить половое чувство естественным путем (Общая сексопатология/Под ред. Г. С. Васильченко, 1977). А. Е. Личко (1977) относит подростковую мастурбацию к реакциям, обусловленным формирующимся сексуальным влечением. Подросткам свойственны также эротические сновидения, которые у мальчиков могут сопровождаться оргазмом и поллюциями [Исаев Д. Н., Каган В. Е., 1979].

К собственно девиантному поведению, связанному с повышенным половым влечением, у подростков относятся взаимный онанизм, петтинг (соприкосновение и взаимное трение половых органов без полового сношения в полном смысле слова), промискуитет, т. е. частые беспорядочные половые связи с разными партнерами [Личко А. Е., 1979].

Повышенное сексуальное влечение может выражаться также в условно-сексуальных действиях [Исаев Д. Н., Каган В. Е., 1979]. К ним относятся некоторые случаи сосания языка или пальца, яктации (однообразное раскачивание туловища или головы) у детей младшего возраста, а также часть случаев энкопреза (недержание кала), размазывание испражнений, онихофагии (привычное кусание ногтей) и трихотилломании (патологическая привычка выдергивать волосы на волосистой части головы и бровях). Названные патологические привычные действия могут быть отнесены к числу сексуальных проявлений лишь условно, в случаях их сочетания с очевидными признаками повышенной сексуальности [Исаев Д. Н., и др., 1976].

В отличие от повышенного пониженное половое влечение вплоть до старшего подросткового возраста практически никак не проявляется.

Описанные выше нарушения, связанные с повышенным половым влечением детей и подростков, встречаются при всех формах психических заболеваний. Они более грубые, обнаженные при резидуально-органических психопато-

добных состояниях, резидуальных олигофрениях, сочетающихся с психопатоподобными состояниями. У больных с психогенными расстройствами (неврозы, патохарактерологические реакции, психогенные патологические формирования личности) повышенная сексуальность часто приобретает формы, тесно связанные с ситуацией, особенностями взаимоотношений взрослых в семье, неправильным воспитанием. Кроме того, в этих случаях нередко доминируют перечисленные выше условно-сексуальные проявления, прежде всего определенные виды патологических привычных действий.

Повышенная сексуальность отмечается при формирующихся психопатиях некоторых типов — эпилептоидном, гипертимном. Повышенное сексуальное влечение с упорными генитальными манипуляциями, стремлением к сексуально окрашенным физическим контактам с окружающими детьми и взрослыми нередко встречается при эпилепсии у детей младшего возраста.

Извращения полового влечения у детей и подростков в основном проявляются садистическим и мазохистическим поведением. Садистическое извращение сексуального влечения у детей и подростков характеризуется стремлением причинять физическую боль или нравственные страдания окружающим, получая при этом удовольствие. Мазохистическое извращение сексуального влечения, напротив, выражается в стремлении испытывать боль, физические и нравственные мучения.

Значительно чаще встречается садистическое поведение. Начало изучению садистических форм поведения у детей и подростков было положено в 80-х годах XIX века немецким психиатром K. Kahlbaum, который выделил гебоидофрению, или «юношеское полопомешательство», а в нашей стране П. Я. Розенбахом (1883), описавшим больных, «страдающих извращением полового чувства», которые «охотно развлекаются мучением домашних животных».

Садистические поступки у детей, как правило, сочетаются с агрессивными тенденциями, в связи с чем обычно говорят об агрессивно-садистическом поведении. Такое поведение возможно уже в раннем детском возрасте, особенно в период первого возрастного криза (2—4 года): дети радуются, ударив мать, братьев или сестер, с удовольствием наблюдают, как гибнет раздавленное насекомое, раненое животное [Nissen G., 1977]. В дошкольном возрасте диапазон агрессивно-садистических действий рас-

ширяется: дети начинают систематически изводить близких, причинять им зло, активно мучают животных, исподтишка бьют и щиплют малышей, стремятся совершать действия, вызывающие отвращение окружающих: роются в отбросах на помойках, играют с червями и пауками и т. п. [Симсон Т. П., 1948; Витебская К. С., 1958; Кириченко Е. И., 1973]. В школьном возрасте агрессивно-садистические действия становятся еще более грубыми и изощренными. Дети стремятся причинить физическую боль более слабым, больным, жестоко обращаются с престарелыми родственниками, всячески издеваются над близкими и сверстниками, клевещут на них. У подростков появляется склонность к агрессивно-садистическому фантазированию: ярко представляются сцены убийств, казней, пыток, сражений, гибели людей во время стихийных бедствий и т. п. [Ковалев В. В., 1979]. Некоторые подростки зарисовывают образы своих фантазий. Кроме того, в подростковом возрасте нередко встречаются агрессивно-садистические самооговоры, при которых подростки называют себя членами воровских шаек, банд грабителей и т. п. [Мамцева В. Н., 1964]. В ряде случаев агрессивно-садистические фантазии у подростков сопровождаются половым возбуждением, мастурбацией и оргазмом.

Агрессивно-садистическое поведение встречается в основном у мальчиков. Его наиболее жестокие и извращенные формы наблюдаются при шизофрении. У подростков агрессивно-садистическое поведение чаще является компонентом гебоидного синдрома (см. главу 9). Вместе с тем садистическое поведение нередко сопровождает формирующиеся психопатии, особенно конституциональные и органические эксплозивно-эпилептоидного и, реже, шизоидного типа, а также резидуально-органические психопатоподобные состояния.

Мазохистическое поведение у детей и подростков встречается значительно реже. Удовлетворение при болевых раздражениях (уколы, порезы, болезненные сдавления конечностей) испытывают некоторые дети и подростки, чаще мальчики, при формирующихся психопатиях и акцентуациях характера шизоидного и истероидного типов.

К проявлениям мазохистически извращенного сексуального влечения иногда относят нервную анорексию.

У подростков (чаще мужского пола) извращенное половое влечение может проявляться в форме преходящего или стойкого гомосексуального поведения. Обычно встречается преходящее гомосексуальное поведение («транзиторный

подростковый гомосексуализм», по А. Е. Личко, 1979). Оно связано с недифференцированностью сексуального влечения и его недостаточной гетеросексуальной направленностью у части подростков, особенно младших. Этому способствуют сексуальная изоляция, т. е. отсутствие сверстников противоположного пола, социокультуральные традиции, запрещающие близкое общение подростков разного пола до определенного возраста, а также прямое совращение взрослыми гомосексуалами. Преходящее гомосексуальное поведение выражается взаимными ласками, прикосновениями, поцелуями, реже петтингом и взаимным онанизмом с подростками своего пола. По данным А. Е. Личко (1979), в отличие от истинного гомосексуализма объект противоположного пола всегда остается более привлекательным, а в присутствии лиц противоположного пола гомосексуальные действия прекращаются.

Истинный (врожденный) гомосексуализм у подростков встречается относительно редко.

Импульсивные сексуальные влечения в виде неудержимой мастурбации, иногда с криком в начале онанистических действий, изредка наблюдаются у детей и подростков с органическими поражениями головного мозга [Исаев Д. Н., Каган В. Е., 1979].

Импульсивная мастурбация может быть компонентом пароксизмальных состояний при психомоторных («височных») приступах эпилепсии. В этих случаях мастурбация сочетается с различными моторными автоматизмами и протекает на фоне нарушенного сознания.

Повышенный инстинкт самосохранения и связанное с ним влечение у детей проявляются страхом новизны, боязнью незнакомых лиц и объектов, приверженностью к рутине, привычному порядку. Указанные нарушения поведения наиболее отчетливо выражены при синдромах невропатии и раннего детского аутизма (см. главу 9). Такие же, но менее выраженные проявления наблюдаются при шизофрении, некоторых типах формирующихся психопатий (шизоидной, астенической, психастенической), иногда при неврозе навязчивых состояний и неврозе страха.

Выражением извращенного инстинкта самосохранения и соответствующего влечения можно с некоторыми оговорками считать агрессивность как свойство личности. Условность отнесения агрессивности к расстройствам влечений связана с тем, что в генезе агрессивности участвуют как врожденные конституциональные особенности лично-

сти, так и ее приобретенные свойства, связанные с влиянием социально-психологических факторов, в частности фрустрации [de Ajuriaguerra J., 1970; Nissen G., 1977]. Происхождение и сущность агрессивности остаются спорными.

Агрессивность выступает в двух противоположных формах: гетеро- и аутоагрессивности. Гетероагрессивностью называют разнообразные враждебные действия против других лиц и объектов. Аутоагрессивность характеризуется прямыми действиями против собственной личности [Nissen G., 1977].

Гетероагрессивность проявляется уже в раннем возрасте. Так, в «период упрямства» (первый возрастной криз) агрессивные вспышки с неуступчивостью, конфликтностью, упрямством, отказом от еды, прямой агрессией по отношению к матери и другим близким (удары, укусы, плевки), по данным G. Nissen (1977), могут возникать до 20—30 раз в день.

В школьном возрасте гетероагрессивность проявляется, с одной стороны, в драках со сверстниками, а с другой — в скрытых формах: травле братьев и сестер, критикующих придирках к высказываниям и действиям родителей и воспитателей, язвительной радости при неудачах сверстников. Отношение к окружающим бывает недоброжелательным и недоверчивым [Nissen G., 1977].

У подростков гетероагрессивность часто выражается в различных формах девиантного, в том числе делинквентного, поведения — нарушениях школьной дисциплины, непослушании, стремлении противоречить родителям и учителям, хулиганских поступках, угоне транспортных средств и т. п.

Гетероагрессивные действия наиболее свойственны детям и подросткам с формирующимися конституциональными и органическими психопатиями, а также патохарактерологическими формированиями личности аффективно-возбудимого, неустойчивого, истероидного и гипертимного типов.

Наряду с этим они нередко встречаются при шизофрении, эпилепсии, резидуально-органических психопатоподобных состояниях. Гетероагрессивное поведение при шизофрении отличается малой мотивированностью, вычурностью, садистическими компонентами. Гетероагрессивные поступки при эпилепсии импульсивны, брутальны, возникают на фоне дисфорий или сумеречного помрачения сознания.

Аутоагрессивное поведение как выражение патологии влечений проявляется в форме аутодеструктивных действий, т. е. нанесения физического ущерба тканям тела, а также в виде символических аутоагрессивных действий (выдергивание волос, удары головой о твердые предметы и др.).

Характерное проявление аутодеструктивных действий — аутомутиляция у больных с синдромом Lesh — Nyhan (наследственная форма энзимопатической олигофрении), которые глубоко обкусывают губы и концы пальцев рук.

Аутоагрессивное поведение, обусловленное расстройствами влечений, необходимо отличать от сознательно мотивированной аутоагрессии при суицидальных поступках.

Импульсивные формы гетеро- и аутоагрессии в основном возникают при пароксизмальных состояниях, сопровождающихся помрачением сознания у больных эпилепсией и эпилептиформными состояниями.

К расстройствам влечений относят также повышенное стремление к новым впечатлениям («повышенную сенсорную жажду»).

Особыми разновидностями импульсивных влечений у детей и подростков являются влечение к огню и поджогам (пиромания), влечение к бродяжничеству (дромомания, пориомания) и влечение к присвоению тех или иных чужих *(обычно ярких, привлекательных)* вещей — *клептомания*. Названные виды патологических влечений у детей и подростков недостаточно изучены в психопатологическом и клинико-нозологическом плане.

Глава 4

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ (АФФЕКТИВНЫЕ) РАССТРОЙСТВА

Эмоциональные расстройства наряду с расстройствами психомоторики занимают ведущее положение в проявлениях большинства психических заболеваний у детей и подростков. Вместе с тем их психопатология в этом возрастном периоде изучена крайне недостаточно и стала предметом специальных исследований лишь в последние 10—15 лет. Отчасти это связано с тем, что ввиду возрастной незрелости механизмов эмоционального реагирования, повышенной лабильности эмоций, свойственной детям, а также недостаточности их самоотчета из-за незрелости само-

сознания, синдромы и симптомы основных аффективных расстройств, прежде всего депрессивных и маниакальных состояний, у детей, и даже младших подростков стерты и атипичны. Вместо них на первый план чаще выступают «возрастные эквиваленты» [по G. Nissen, 1980] депрессивных и маниакальных состояний в виде соматовегетативных, двигательных расстройств и различных нарушений поведения. В связи со сказанным мнения по поводу существования депрессивных и маниакальных состояний у детей крайне противоречивы. Так, например, одни авторы отрицают возможность возникновения депрессий вплоть до пубертатного возраста, другие считают их весьма распространенными у детей и мало отличимыми от депрессий у взрослых, третьи признают возможность существования в детском возрасте только атипичных, маскированных депрессий [Nissen G., 1977, 1980]. Столь противоречивый подход к проблеме обусловливает большие колебания показателей распространенности депрессивных состояний в детском возрасте — от 1,8 до 13% среди пациентов детских психиатрических стационаров, по данным ряда западноевропейских авторов [Nissen G., 1977].

Опыт большинства советских и зарубежных детских психиатров [Сухарева Г. Е., 1955; Ушаков Г. К. 1973; Ковалев В. В., 1979; Annell A.-L., 1972; Nissen G., 1977, 1980, и др.] свидетельствует о том, что классические формы депрессий, свойственные взрослым, в детском возрасте практически не встречаются. Однако у детей наблюдается большая гамма разнообразных возрастных рудиментов депрессивных и маниакальных состояний, которые существенно отличаются в разные периоды развития ребенка.

Депрессивные состояния. Проявления депрессивных состояний у детей описаны более подробно, чем маниакальных, хотя их атипичность нередко ведет к существенным расхождениям в трактовке этих состояний как симптомов депрессии.

У детей раннего и дошкольного возраста депрессивные состояния в основном проявляются в форме соматовегетативных и двигательных нарушений, т. е., согласно нашей периодизации уровней нервно-психического реагирования в условиях патологии, на соматовегетативном и психомоторном уровнях.

Наиболее атипичны проявления депрессивных состояний у детей раннего возраста (до 3 лет). Они выражаются общей вялостью, снижением интереса к окружающему, временами с приступами плача, двигательным беспокой-

ством. Характерны стереотипные движения, особенно однообразные раскачивания головой и всем телом перед засыпанием (яктации). Как правило, наблюдаются нарушения ритма сна и бодрствования, снижение аппетита, похудание.

По мнению ряда зарубежных авторов [Dührssen A., 1967; Nissen G., 1977, и др.], особенно тяжелыми проявлениями у детей первых лет жизни отличается психогенная депрессия, возникающая в результате эмоциональной депривации и фрустрации, связанной с длительной разлукой ребенка с матерью при отсутствии лица, адекватно заменяющего ее.

В этом случае после короткого периода возбуждения с плачем, криками, агрессивным поведением наступает апатия со слабостью побуждений, безучастностью, отказом от игровой деятельности, утратой аппетита, похуданием, склонностью к простудным и инфекционным заболеваниям. Если такое состояние затягивается, то, как правило, ребенок отстает в психическом и речевом развитии. Возможен летальный исход в связи с истощением и интеркуррентными заболеваниями. Для обозначения подобных состояний в западной литературе используются разные термины: «психическое истощение» [”mentale Inanition“ по M. Tramer, 1964], «анаклитическая депрессия» [R. Spitz, 1967], «психический госпитализм» [Nissen G., 1980]. Более распространен термин «анаклитическая депрессия». О депрессии в собственном смысле слова при этих состояниях позволяют говорить лишь постоянное «печально-покорное выражение лица» ребенка [Nissen G., 1980], общая заторможенность и безучастность.

В последнее время пытаются систематизировать депрессии у детей раннего возраста. Так, В. М. Башина (1980) выделяет адинамическую и тревожную депрессию при шизофрении у детей 1—3 лет. Адинамическая депрессия сопровождается монотонно безрадостным настроением, вялостью, медлительностью, однообразным поведением. При тревожной депрессии отмечаются общее беспокойство, капризность, плаксивость, негативизм. Периодически возникают состояния тревожного возбуждения с покраснением и побледнением кожных покровов, повышенной жаждой.

В дошкольном возрасте в симптоматике депрессивных состояний также преобладают соматовегетативные и двигательные расстройства. Часто бывают расстройства сна, аппетита, энурез, энкопрез. Дети то вялы, заторможены, бездеятельны, то беспокойны, тревожны, плаксивы. В со-

стояниях тревожной депрессии усиливаются вазовегетативные нарушения: потливость, гиперемия и побледнение кожных покровов, тремор, ознобоподобная дрожь, сочетание которых напоминает диэнцефальные кризы [Башина В. М., 1980].

Вместе с тем возникают специфически депрессивные проявления в психомоторике: страдальческое выражение лица, старческая осанка (дети ходят, опустив голову, волоча ноги, не двигая руками), тихий голос, а также суточные колебания настроения с усилением моторного беспокойства и непродуктивной деятельности к вечеру. Нередки ипохондрические жалобы на неприятные ощущения или боли в разных частях тела. По наблюдениям В. М. Башиной (1980), уже в дошкольном возрасте иногда встречаются эпизоды депрессивной дереализации («все как в тумане, как во сне»), переживания остановки времени, страх постарения, отдельные высказывания, близкие к идеям отрицания («пусть меня не будет», «пусть разрежут ножиком пополам»).

В. М. Башина (1981) выделяет 6 разновидностей депрессивных состояний у детей дошкольного и частично младшего школьного возраста: астеническую, стертую простую, угрюмую (брюзжащую), с выраженными сенестопатическими проявлениями, с расстройствами самосознания (дереализацией и деперсонализацией) и ажитированную.

У детей младшего школьного возраста на первый план при депрессивных состояниях разного происхождения выступают изменения поведения: пассивность, вялость, замкнутость, безразличие, потеря интереса к играм, затруднения в учебе в связи с нарушениями активного внимания, медленным усвоением учебного материала. У некоторых детей, особенно у более активных мальчиков преобладают раздражительность, обидчивость, иногда склонность к агрессии — драчливость, а также уходы из дома и из школы, прогулы, т. е. недифференцированные нарушения поведения. Несмотря на часто противоположные нарушения поведения, общим признаком служит утрата свойственной детям жизнерадостности, оптимистического мироощущения. Однако субъективных переживаний тоски, подавленного настроения обычно не бывает.

В числе «психосоматических эквивалентов» депрессии (по G. Nissen, 1980) в этом возрасте отмечаются энурез, расстройства сна (трудности засыпания, ночные кошмары и страхи), снижение аппетита, похудание и, наоборот, ожирение, запоры. В ряде случаев

бывает регрессивное поведение в виде возобновления патологических привычек, свойственных более младшему возрасту, например сосания пальцев, мастурбации, кусания ногтей, выдергивания волос. Нередко, особенно у девочек, возникает мутизм.

Только в препубертатном возрасте в структуре рудиментов депрессивных состояний появляется более отчетливый депрессивный аффект в виде подавленного, тоскливого настроения, а также своеобразное чувство малоценности как предшественник депрессивных идей самоуничижения и самообвинения.

Дети говорят: «Я ни на что не годный, неспособный», «Я самый слабый среди ребят в классе», «Ничего у меня не получается» и т. п. Впервые возникают рудиментарные суицидальные мысли («Зачем мне такой жить?», «Кому я такая нужна?»), которые, однако, в большинстве случаев не сопровождаются суицидальными попытками. Дети отмечают у себя замедление течения мыслей, что отражается в медленной речи. Реже встречается двигательная заторможенность, которая, однако, в отдельных случаях может достигать степени депрессивного ступора с двигательным оцепенением и мутизмом. Возрастной особенностью депрессивного ступора нередко бывают отдельные кататонические включения—автоматическая подчиняемость, элементы каталепсии, отказ от еды [Сухарева Г. Е., 1955]. В отличие от кататонического ступора наблюдается тоскливая, скорбная мимика, нет явлений активного и пассивного негативизма, нет чередования с проявлениями кататонического возбуждения, описанного выше.

Таким образом, у детей препубертатного возраста возможен очерченный депрессивный синдром со свойственной ему триадой признаков: подавленным настроением, интеллектуальной и моторной заторможенностью. Это можно связать с переходом к более зрелому, аффективному уровню преимущественного нервно-психического реагирования в нашем понимании.

Вместе с тем сохраняется значительное влияние предшествующих уровней реагирования, что придает определенную возрастную специфику депрессивным состояниям препубертатного возраста.

Так, большое место в структуре депрессивных состояний занимают разнообразные соматовегетативные проявления: расстройства сна, головная боль, снижение аппетита, запор и т. д. G. Nissen (1980) приводит мнение ряда зарубежных авторов, согласно которому депрессии у детей

школьного возраста могут сопровождаться такими психосоматическими нарушениями, как бронхиальная астма, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, ожирение и, наоборот, резкое исхудание.

В тесной связи с соматовегетативными расстройствами находятся довольно частые в данном возрастном периоде ипохондрические (навязчивые и сверхценные) опасения и страхи за здоровье и жизнь собственные и своих близких. Дети становятся тревожными, фиксированы на соматических нарушениях, со страхом спрашивают, не может ли остановиться сердце, не задохнутся ли они во сне и т. п.

Проявления депрессивных состояний у детей младшего и среднего школьного возраста имеют отчетливые половые различия. Так, у мальчиков часты нарушения поведения, связанные с повышенной раздражительностью, сенситивностью, агрессивностью, дисфорическим компонентом (недовольство окружающими, стремление на ком-то «сорвать зло»), склонностью к реакциям протеста.

Некоторые зарубежные авторы в связи с этим отмечают значительную частоту (до 48%) депрессивных состояний у детей и подростков с асоциальным и делинквентным поведением (Hartmann, цит. по G. Nissen, 1980).

У девочек школьного возраста при депрессиях, напротив, преобладают вялость, пассивность, подчеркнутое послушание, заторможенность, задумчивость («синдром Золушки», по G. Nissen, 1980).

Подростки даже без психической патологии имеют повышенную склонность к колебаниям настроения. В связи с этим различные аффективные расстройства, особенно депрессивные состояния,— частое проявление различных психических заболеваний в подростковом возрасте.

В пубертатном возрасте (приблизительно с 13—14 лет) симптоматика депрессивных состояний приближается к проявлениям депрессии у взрослых. Наблюдается более или менее выраженный депрессивный аффект — тоскливое, подавленное настроение, двигательная заторможенность, изредка достигающая степени депрессивного субступора или ступора. Однако в отличие от взрослых, идеаторная заторможенность (замедленное течение мыслей и представлений, медленная речь) подросткам свойственна меньше. Сравнительно часты идеи малоценности («отсутствуют способности», «плохая память»), которые, однако, редко переходят в бред самоуничижения. Нередки отрывочные идеи самообвинения («виноват перед родителями и перед школой»), которые чаще наблюдаются при реактивной де-

прессии и, как правило, бывают сверхценными, а не бредовыми. Нередко встречаются суицидальные мысли, которые могут реализоваться в суицидальных попытках, особенно у подростков старше 15 лет.

К возрастным особенностям депрессивных состояний в пубертатном возрасте следует отнести относительно большую по сравнению со взрослыми частоту ипохондрических переживаний с навязчивыми и сверхценными опасениями за здоровье, иногда приобретающими форму острых тревожно-ипохондрических приступов. Другой особенностью служат частые дисморфофобические включения в виде чрезмерной озабоченности реальными, но сильно преувеличенными или мнимыми физическими недостатками (прыщи на лице, узкие плечи у юноши, излишний рост волос на теле у девочки, немного искривленные ноги, некрасивая форма носа и т. п.).

Относительно часто наблюдаются состояния деперсонализации — дереализации. К их числу при депрессиях в пубертатном возрасте относятся «болезненное психическое бесчувствие» (anaesthesia psychica dolorosa), т. е. субъективно тягостное переживание кажущейся утраты чувств к окружающим, прежде всего к близким, переживание измененности других психических процессов и нереальности восприятия внешнего мира.

Галя К., 14 лет, у которой отмечались подавленное настроение, замкнутость, снижение успеваемости в школе, жаловалась на «безразличие ко всему», «бесчувственность», заявляла врачу: «Я — как робот, до меня ничего не доходит, не понимаю, почему люди плачут, иногда ни одной мысли в голове: говорю, а не знаю, что говорю». Временами все вокруг казалось ей «словно на картине».

К особенностям депрессивных состояний у подростков, чаще девочек, следует отнести также нередкое сочетание их с диэнцефально-вегетативными расстройствами (потливость, тахикардия, головокружения, повышение или понижение артериального давления, аменорея, расстройства ритма сна и т. п.). Часто вегетативные расстройства приобретают форму кризов.

Выраженные депрессивные состояния у подростков, преимущественно при шизофрении, могут сопровождаться депрессивно-нигилистическим бредом Котара («весь мир гибнет», «я превратился в труп»). Такой бред, как правило, эпизодический и фрагментарный.

Ввиду частой атипичности депрессий J. Toolan (1971) (цит. по А. Е. Личко, 1979) предложил выделять у подростков «депрессивные эквиваленты». Это мнение поддер-

живает А. Е. Личко (1979), который наряду с типичными вариантами депрессий у подростков — меланхолической и тревожной депрессией описывает 3 депрессивных эквивалента: делинквентный, ипохондрический и астено-апатический. Делинквентный эквивалент, наблюдающийся при реактивной депрессии, а также состояниях, предшествующих маниакально-депрессивному и шизоаффективному психозам, характеризуется нарушениями поведения, ранее не свойственными подростку. Он становится угрюмым, озлобленным, непослушным и грубым с родителями и педагогами, проявляет интерес к алкоголю, наркотикам и токсическим веществам, примыкает к компаниям подростков-правонарушителей, становится агрессивным, особенно по отношению к благополучным сверстникам, а также склонным к суицидальным попыткам и самоповреждениям. Подавленное, угнетенное настроение, как правило, отрицается. Депрессивные переживания собственной неполноценности, ненужности выражаются в стремлении быть наказанным, в чувстве отчужденности, неприкаянности.

По данным нашей клиники (наблюдения В. Н. Мамцевой), нарушения поведения как признак депрессивного состояния наиболее типичны для одного из вариантов депрессивного невроза (невротической депрессии), возникающего чаще у мальчиков в связи с длительной психотравмирующей ситуацией (эмоциональная депривация в семье, трудности школьной адаптации и т. п.). Однако термин «делинквентный эквивалент депрессии» представляется неудачным ввиду объединения в нем разнородных критериев — социального и клинического. Клинически более обоснованным для подобных случаев, по нашему мнению, был бы термин «психопатоподобный вариант депрессии».

Ипохондрический эквивалент выражается сверхценной фиксацией на здоровье и соматических ощущениях, склонностью к преувеличению незначительных недомоганий, к предъявлению разнообразных соматических жалоб, стремлением укладываться в постель при любых болезненных проявлениях. Описанный эквивалент, по данным А. Е. Личко (1979), может наблюдаться как при психогенной депрессии, так и в начальных стадиях эндогенных психозов.

Астено-апатический эквивалент депрессии проявляется вялостью, бездеятельностью, ослаблением прежних интересов, угнетением подростковых поведенческих реакций (эмансипации, группирования и др.), повышенной утомляемостью, трудностью сосредоточиться, унылым фоном настроения, снижением школьной успеваемости. Этот вари-

ант чаще встречается при эндогенных психических расстройствах — депрессивной фазе циркулярного психоза или циклотимии, а также в дебюте шизофрении [Озерецковский С. Д., 1979].

В последние годы ряд советских психиатров изучают особенности депрессивных состояний у подростков в рамках различных нозологических форм. Так, А. С. Ломаченков (1971) при депрессивных состояниях у подростков с маниакально-депрессивным психозом выделяет инфантильный депрессивный синдром (с преобладанием астено-адинамической и соматовегетативной симптоматики), меланхолический, депрессивно-деперсонализационный, депрессивно-ипохондрический, тревожно-депрессивный синдромы, а также депрессии с расстройствами сознания рудиментарно-онейроидного типа.

Н. М. Иовчук и В. Г. Козюля (1981) при адинамических депрессивных состояниях у подростков с циклотимоподобным вариантом малопрогредиентной шизофрении выделяют ряд психопатологических вариантов: психастеническую депрессию, депрессию с «интеллектуальным крахом», «Unlust-депрессию» (т. е. дисфорический вариант) и соматовегетативную депрессию.

Как следует из изложенного, депрессивные состояния у детей и подростков имеют определенные нозологические особенности. Так при психогенных, в том числе невротических, депрессиях, как правило, выявляются выраженная зависимость от психотравмирующей ситуации, переживания неудовлетворенности отношением родителей и воспитателей, обилие соматовегетативных расстройств и нарушений поведения в виде ситуационных личностных реакций протеста, отказа, гиперкомпенсации, эмансипации и др. [Ковалев В. В., 1979; Личко А. Е., 1979; Озерецковский С. Д., 1981], которые нередко сопровождаются асоциальным и даже делинквентным поведением (бродяжничество, воровство, алкоголизация и др.).

Эндогенная циркулярная депрессия не имеет отчетливой связи с ситуацией, она мало психологически понятна, отличается выраженной фазностью, периодичностью возникновения изменений настроения. Депрессивные фазы у детей, особенно у подростков, кратковременны, продолжаются в среднем 2—3 нед [Личко А. Е., 1979]. H. Stutte (1960) указывает на возможность фаз продолжительностью всего несколько часов.

Депрессивные состояния при шизофрении имеют сложную психопатологическую структуру. У детей младшего

возраста она включает выраженный тревожно-боязливый аффект, немотивированные, нередко нелепые рудиментарно-бредовые страхи, обманы восприятия, а у детей старшего возраста и подростков — различные бредовые включения (параноидные, дисморфоманические и др.) и явления психического автоматизма.

При экзогенно-органических и соматогенных психических расстройствах депрессивные состояния сравнительно однообразны, просты по структуре, имеют преимущественно дистимическую и дисфорическую окраску, как правило, сочетаются с астеническими симптомами, яркими сенестопатиями и разнообразными диэнцефально-вегетативными нарушениями.

Маниакальные состояния в детском возрасте еще более атипичны, чем у взрослых, и потому крайне трудны для психопатологического изучения. В раннем детском возрасте проявления маниакальных состояний изучены мало. По мнению В. М. Башиной (1980), рудименты гипомании при шизофрении у детей раннего возраста выражаются неустойчивым настроением, дурашливым поведением и расторможением влечений. Однако отнесение названных проявлений к кругу гипоманиакальных расстройств весьма условно и спорно.

У детей дошкольного и младшего школьного возраста, которым и в норме свойственны жизнерадостное, приподнятое настроение, повышенная двигательная активность, а также большая изменчивость настроения под влиянием различных внешних и внутренних факторов, о болезненном гипоманиакальном состоянии, по мнению Г. Е. Сухаревой (1955), можно думать лишь в случаях необычно длительной эйфории с грубыми нарушениями поведения и импульсивностью.

В этом возрасте гипомания обычно проявляется выраженной двигательной расторможенностью, суетливостью, импульсивными поступками (не закончив дела, ребенок внезапно вскакивает, бежит за попавшей в поле зрения кошкой, неожиданно бросает на пол ложку и т. п.), необычным упрямством, непослушанием, стремлением задевать других детей, склонностью к грубым шалостям, гримасам, многоречивостью [Сухарева Г. Е., 1955; Башина В. М., 1981; Stutte H., 1960; Spiel W., 1961; Annell A.-L., 1980, и др.].

При выраженном маниакальном состоянии, по наблюдениям В. М. Башиной (1981), дети все время находятся в движении, кривляются, гримасничают. Резко повышают-

ся инстинкты, влечения, что проявляется в прожорливости, онанизме. Затруднено засыпание.

Собственно аффективные нарушения ограничиваются однообразно приподнятым настроением, которое, однако, отступает на второй план. Иногда в высказываниях звучит переоценка своей физической силы, достижений [Башина В. М., 1981].

Отсюда следует, что в указанном возрастном периоде гипоманиакальные состояния проявляются преимущественно на уровне психомоторного реагирования.

В. М. Башина (1981) также подчеркивает преобладание в этой возрастной группе при маниакальных и гипоманиакальных состояниях у детей, больных шизофренией, нарушений поведения и моторного возбуждения («апродуктивная мания»). Реже, по ее наблюдениям, встречается идеаторное возбуждение, проявляющееся вымыслами, фантазиями, однообразными играми («фантастическая мания»).

В препубертатном и младшем пубертатном возрасте (11—14 лет) эйфорическое настроение становится более заметным, но ведущая роль по-прежнему принадлежит нарушениям поведения, которые становятся еще более грубыми. Подростки чрезмерно двигательно активны, многоречивы, агрессивны, драчливы, утрачивают чувство дистанции по отношению ко взрослым, хвастливы, прожорливы, эротичны. А. С. Ломаченков (1968) относит подобные состояния к проявлениям «возбужденной мании» (по W. Zeh, 1956). Значительно реже в этом возрасте встречается «солнечная мания», когда дети и подростки говорят о «прекрасном настроении», восторженно отзываются о себе и близких, всем довольны. Относительно редки также «гневливые мании» с повышенной раздражительностью, бесцеремонностью, требовательностью, несдержанностью, склонностью к грубой брани.

У старших подростков (15—18 лет) маниакальные и гипоманиакальные состояния более близки к таковым у взрослых. Отчетливо выражена психопатологическая триада: резко повышенное настроение, чрезмерное стремление к деятельности, идеаторное и речевое возбуждение. Вместе с тем на первый план, как и у более младших подростков, часто выступают разнообразные нарушения поведения: суетливость, драчливость, клоунизм, говорливость (подростки говорят без умолку, до хрипоты). Характерны также бессонница, усиление влечений, проявляющееся в прожорливости и повышенной сексуальности (онанизм).

Систематика маниакальных и гипоманиакальных состояний у подростков недостаточно разработана. А. Е. Личко (1979) выделяет типичные маниакальные состояния, гневную манию, делинквентный эквивалент маниакальных состояний, параноидную манию, астено-эксплозивную и спутанную (с расстройством сознания) манию. Н. М. Иовчук и В. Г. Козюля (1981) при гипоманиакальных состояниях у больных периодической шизофренией с циклотимоподобными приступами описывают психопатоподобные, дисфорические гипомании и гипомании с монотонной активностью.

Часты истероформные проявления: демонстративность, театральность, вычурная манера одеваться, демонстративные аутоагрессивные поступки (порезы запястья, прием небольших доз медикаментов якобы в целях отравления и т. п.).

Как правило, отмечаются разнообразные вегетативные расстройства: вазовегетативные нарушения, аменорея, исхудание и др.

Особую, сравнительно редкую форму маниакального состояния представляют описанный H. Rumke (1928) симптомокомплекс "mania fantastica infantilis": сочетание эйфорического настроения, рудиментарных идей величия, фантастических конфабуляций и уходов из дома. Указанный симптомокомплекс, психопатология и нозологические особенности которого недостаточно изучены, встречается при экзогенно-органических психических расстройствах, реактивных состояниях и, возможно, шизофрении [van Krevelen D. A., 1962; de Ajuriaguerra J., 1970].

Маниакальные и гипоманиакальные состояния у детей и подростков в основном встречаются при маниакально-депрессивном психозе, циклотимии, шизоаффективных психозах и периодической шизофрении. Установление их нозологической принадлежности ввиду возрастной неспецифичности проявлений возможно только при анализе всей картины заболевания в целом. Вместе с тем при шизофрении и шизоаффективных психозах структура маниакальных состояний более сложна, чаще включает бредовые компоненты, психические автоматизмы, явления деперсонализации, нарушения логики мышления.

Состояния дисфории. Относительно частым проявлением аффективных расстройств у детей и подростков являются состояния дисфории, т. е. пониженное настроение с раздражительностью, озлобленностью, недовольством окружающими, агрессивностью. Подобные типичные дис-

фории наблюдаются у детей, начиная с дошкольного возраста. Однако в дошкольном, а часто и в младшем школьном возрасте дисфорические состояния нередко проявляются атипично, в виде общего недомогания, жалоб на неприятные ощущения и боли в разных частях тела (сенесто-ипохондрический вариант). Другой, более редкой разновидностью дисфорий у детей младшего школьного и отчасти дошкольного возраста являются своеобразные состояния приподнятого настроения с напряженностью, раздражительностью, склонностью к вспышкам агрессии, которые напоминают психопатоподобные расстройства поведения [Сухарева Г. Е., 1955].

Типичные дисфории наиболее свойственны детям и подросткам с органическими заболеваниями головного мозга, эпилепсией, а также некоторыми формирующимися психопатиями (эксплозивной, эпилептоидной). Атипичные дисфории с приподнятым или экзальтированным настроением и в то же время с раздражительностью и напряженностью характерны для детей, больных эпилепсией. При этом заболевании дисфории нередко бывают пароксизмальными (в рамках так называемой височной эпилепсии).

Глава 5

НАРУШЕНИЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ЧУВСТВЕННОГО (ОБРАЗНОГО) ПОЗНАНИЯ

Изучение и систематизация расстройств познавательной деятельности у детей сопряжены со значительными трудностями. С одной стороны, имеются возрастная незрелость и незавершенность познавательных процессов, а с другой — недостаточная оформленность, нестойкость и изменчивость психических нарушений. В связи с этим понятно, почему ряд расстройств познавательной деятельности в детском возрасте еще не занял определенного положения в систематике психопатологических нарушений и неоднозначно трактуется разными исследователями. Расхождения имеются и в отнесении отдельных психических нарушений к расстройствам преимущественно той или другой сферы психической жизни, той или другой познавательной функции. Так, весьма условно отнесение расстройств представлений к нарушениям чувственного этапа познания. Еще более условно, хотя и традиционно, причисление псевдогаллюцинаций к сенсопатиям.

Однако расстройства познавательной деятельности наиболее целесообразно рассматривать в той последовательности, в которой происходит эволюция познания.

Формулируя общую закономерность диалектики познания, В. И. Ленин писал: «От живого созерцания к абстрактному мышлению и от него к практике, таков диалектический путь познания истины, познания объективной реальности»[1].

Изучение онтогенеза психики ребенка [Выготский Л. С., 1960; Леонтьев А. Н., 1965; Piaget J., 1967; Vallon H., 1967] свидетельствует о полной приложимости этой общей закономерности к эволюции познавательной деятельности человека в его индивидуальном развитии.

Мы вначале рассматриваем основные нарушения сферы чувственного познания, а затем наиболее распространенные нарушения абстрактного познания у детей и подростков, хотя такое разделение весьма условно, как будет видно из дальнейшего изложения.

Среди разнообразных нарушений чувственного познания (т. е. нарушений ощущений, восприятий и представлений), встречающихся в разные возрастные периоды, основное значение для клинической психиатрии имеют сенестопатии, иллюзии, галлюцинации и псевдогаллюцинации. Все эти виды расстройств наблюдаются у детей и подростков, отличаясь возрастным своеобразием.

Сенестопатии — разнообразные неприятные тягостные или даже мучительные ощущения (покалывание, жжение, похолодание, пульсация, натяжение и т. п.) в разных частях тела, во внутренних органах, нередко с меняющейся локализацией при отсутствии местной патологической основы.

У детей раннего возраста (до 3 лет) сенестопатии обычно не выявляются, скорее всего в связи с отсутствием анализа субъективных переживаний и слабостью самоотчета.

В преддошкольном возрасте (4—5 лет) впервые появляющиеся сенестопатии выступают в псевдоалгической форме, т. е. в виде болевых ощущений, преимущественно в животе и конечностях, и носят преходящий характер [Сосюкало О. Д., 1973; Башина В. М., 1980].

В дошкольном возрасте, по данным О. Д. Сосюкало (1973), наряду с псевдоалгическими появляются собственно сенестопатические расстройства, которые сочетаются с

[1] Ленин В. И. Полн. собр. соч., т. 29, с. 152—153.

психопатологически недифференцированными и сверхценными страхами ипохондрического содержания в структуре рудиментарных депрессивно-ипохондрических состояний.

В младшем школьном и препубертатном возрасте возникают более очерченные сенестопатические и сенестопатически-ипохондрические состояния. Сенестопатии начинают сопровождаться интерпретацией, вначале неразвернутой («колет в груди, как током», «переливается жидкость в голове»). Преобладают неприятные ощущения в груди и голове.

Наибольшего развития сенестопатии достигают в пубертатном возрасте, когда они, как правило, сочетаются с ипохондрическими переживаниями: болезненной фиксацией внимания на состоянии здоровья и телесных ощущениях, сверхценными и навязчивыми опасениями по поводу какого-либо заболевания. В случаях психозов, прежде всего шизофрении, сенестопатии, нередко вычурные, могут сопровождаться ипохондрическими бредовыми идеями. Иными словами, у подростков можно говорить о развернутых сенестопатически-ипохондрических синдромах, иногда с фантастически бредовым содержанием и явлениями психического автоматизма [Сосюкало О. Д., 1973]. Нередки сенестопатии в области гениталий. При этом у подростков, а в еще большей степени у детей отчетливо видна роль сенестопатий и разнообразных соматовегетативных ощущений в возникновении и формировании содержания навязчивых, сверхценных и бредовых интерпретаций.

Подросток А., 13 лет, во время первого (депрессивно-бредового) приступа шизофрении испытывал крайне неприятные ощущения распирания и напряжения в спине. Однажды заявил, что у него на спине «вырос горб». Одновременно жаловался, что у него «болят мозги», «глаза становятся косыми, перевернутыми, вылезают из орбит». Объяснял это тем, что на него «плохо посмотрел черный человек с горящими глазами». Испытывал страх смерти. Иногда казалось, что он задыхается, так как в «горле ворочаются глисты», «таблетка закупорила легкое». Настроение было тревожно-тоскливым, часто плакал.

Приведенное наблюдение подтверждает мнение Г. Е. Сухаревой (1955) о том, что «в истоках бредообразования чувственная сфера познания играет большую роль».

Изложенное лишний раз свидетельствует об условности разграничения чувственных и идеаторных психических расстройств.

Возникновение очерченных сенестопатий в старшем дошкольном и младшем школьном возрасте, т. е. в период

аффективного уровня преимущественного реагирования, позволяет предполагать важную роль измененной аффективности, прежде всего депрессивного и тревожно-депрессивного сдвига настроения в генезе сенестопатий.

Наиболее выраженную чувственную окраску и яркость сенестопатии имеют при текущих органических заболеваниях головного мозга (например, при нейроревматизме, нейросифилисе и др.), а также при резидуально-органических психических расстройствах в отдаленном периоде мозговых инфекций и травм.

В этих случаях сенестопатии часто становятся гиперпатическими, алгическими.

При шизофрении сенестопатии отличаются необычностью, вычурностью ощущений («в голове что-то капает», «сердце в желудок упало»), а у подростков — дисморфофобическим компонентом («бедра распухают, как у женщины», «член высыхает»).

При психогенных заболеваниях, в частности неврозах, сенестопатии неярки, изменчивы и нестойки.

Иллюзии, т. е. неправильное, искаженное, а также ложное, ошибочное восприятие реально существующих объектов, в детском возрасте встречаются значительно чаще, чем у взрослых. Повышенная склонность детей к иллюзорному восприятию связана с такими особенностями детской психики, как недостаточная дифференцированность восприятия, незрелость гностических процессов, отсутствие четкого отграничения образов восприятий и представлений, усиленная деятельность воображения, способствующая значительной, в том числе фантастической, переработке образов восприятий, повышенные внушаемость и самовнушаемость, сильное влияние аффективного состояния на перцепторную деятельность и, наконец, малый жизненный опыт. Иллюзорное восприятие окружающего свойственно и здоровым детям. Ряд условий резко повышает склонность к иллюзорному восприятию. К их числу относятся сенсорная депривация, например слабая освещенность объектов (ночью, в темном помещении), состояния тревоги, страха, волнения, физическое переутомление, состояние, переходное от бодрствования ко сну и наоборот, общее недомогание. Возникающие у здоровых детей так называемые физиологические иллюзии нередко трудно отграничить от патологических иллюзий. Относительными признаками последних можно считать их повторяемость, однотипность, чрезмерную аффективную заряженность, а иногда также необычность и вычурность, фрагментарность иллюзорных

образов, их сочетание с более или менее развернутыми и однозначными интерпретативными компонентами.

Психопатологическая систематика иллюзий разработана недостаточно. Весьма обоснованным нам представляется предложенное М. И. Фотьяновым (1974) выделение двух групп иллюзорных расстройств: иллюзий искажения отдельных признаков реального объекта (формы, величины, освещенности, цвета и др.) и иллюзий, основанных на дополнении образа реального объекта, при котором образ трансформируется, приобретает субъективно иной вид и содержание.

Среди иллюзий первой группы основное клиническое значение имеют расстройства сенсорного синтеза (психосенсорные расстройства). К ним относят различные искажения зрительно-пространственного восприятия. Возрастная незрелость пространственного гнозиса обусловливает относительную распространенность этих расстройств в детском возрасте.

Среди расстройств сенсорного синтеза наиболее часто у детей встречаются нарушения восприятия формы (метаморфопсии), величины предметов (микро- и макропсия), расстояния между ребенком и предметами (порропсия), а также искажение восприятия в форме переживания перемещения объектов (их приближения или удаления). Например, ребенку в состоянии инфекционного помрачения сознания кажется, будто одеяло стало огромным, тяжелым, придавливает его к постели, занавеска на окне приближается и увеличивается.

При энцефалитах, особенно сенсорной форме энцефалита, расстройства сенсорного синтеза могут выражаться в том, что дома на улицах временами кажутся ребенку косыми, наклоненными, трамвайные рельсы — изогнутыми, волнистыми, на ровном тротуаре видятся рытвины и бугры и т. п. Часто при нейроинфекциях, нейроревматизме возникает двоение или множественность образов зрительных восприятий (ребенок вместо одной лампы «видит» несколько, нередко с различной яркостью).

Расстройства синтеза экстрацептивных ощущений могут проявляться также в виде кажущихся изменений цвета и яркости окружающих предметов, появления сетки, тумана, цветных кругов, точек перед глазами (фотопсии). Изредка встречаются нарушения восприятия звуков («голоса слышны как через вату, откуда-то издалека»).

Нарушения синтеза проприоцептивных ощущений выступают в форме так называемых расстройств схемы тела.

Ребенку может казаться, что он стал совсем маленьким, превратился в лилипута или его голова и руки непомерно увеличились, пальцы стали толстыми, язык распух и не помещается во рту. По данным Г. Е. Сухаревой (1955), расстройства схемы тела чаще наблюдаются у детей младшего возраста.

К расстройствам синтеза вестибулярных и проприоцептивных ощущений относятся ощущения чрезвычайной легкости в теле, невесомости, а также ощущения падения в пропасть, проваливания, плавания.

Иллюзии второй группы — с видоизменением или трансформацией образов восприятия — встречаются в детском возрасте чаще, чем иллюзии первой группы, и могут наблюдаться как у здоровых впечатлительных детей, особенно в состоянии эмоционального возбуждения (волнения, страха), так и при различных психических заболеваниях.

М. И. Фотьянов (1974) подчеркивает близость иллюзий этого типа к галлюцинациям, поскольку в иллюзорных образах появляются дополнительные, не существующие в действительности детали или элементы движения. У детей грань между иллюзиями второй группы и галлюцинациями еще более условна. Так, например, ребенок повторно со страхом принимает светлую штору за «привидение в белом, которое наклоняется, угрожает», фонарь за окном видится как «страшная птица с огненным глазом, которая пытается влететь в комнату». Иллюзии, подобные приведенным, содержащие переживание угрозы и определенную ложную интерпретацию, связанную с болезненно усиленным воображением, включают не только галлюцинаторные компоненты, но и элементы патологического образного фантазирования, рудименты образного бреда. Таким образом, в иллюзиях нарушение чувственного познания может сочетаться с зачатками нарушений абстрактного познания.

Возникновение патологических иллюзий второго типа возможно уже в первые годы жизни ребенка. У детей младшего возраста, как правило, преобладают зрительные иллюзии. Слуховые иллюзии (шум дождя слышится как звук приближающихся шагов, звук воды в трубах воспринимается как разговор или оклик) наблюдаются преимущественно в более старшем детском возрасте и у подростков. Они также могут сочетаться с ложной интерпретацией, связанной с преобладающими аффективными переживаниями.

5 Заказ № 4692

Реже встречаются тактильные и обонятельные иллюзии (складка одеяла воспринимается, как тело змеи, запах еды из кухни ощущается, как запах лекарств и т. п.).

Иллюзии могут возникать при любых психических заболеваниях, включая не только психозы, но и пограничные состояния, например неврозы. Наиболее обильные и сложные иллюзии свойственны интоксикационным и инфекционным психозам, при которых иллюзии обычно бывают компонентом делириозного помрачения сознания. При этом, как правило, преобладают яркие зрительные иллюзии, в том числе парейдолии (трещины потолка, рисунок обоев воспринимаются как изображение различных сцен, животных и т. п.). Отдельные зрительные и тактильные иллюзии могут возникать на высоте лихорадочного состояния.

При шизофрении иллюзии необычные, вычурные, фантастичные (абажур — «птица без головы»), с бредоподобной интерпретацией. Часто они трудно отличимы от галлюцинаций.

Иллюзии при невротических расстройствах эпизодичны, нечетки, как правило, возникают в тесной связи с переживаниями тревоги, страха, отражая содержание тревожных опасений. Так, например, у ребенка с невротическими опасениями за жизнь матери случайные звуки воспринимаются как голос матери, ее стоны.

Галлюцинации, т. е. мнимое восприятие, или восприятие без объекта, относятся к числу относительно распространенных психических расстройств в детском возрасте. По существу галлюцинации следует рассматривать как нарушения представлений. По определению Е. А. Попова (1941), галлюцинация — «это представление, переживаемое так, как если бы оно было восприятием».

Выявление и идентификация галлюцинаций у детей сопряжены с определенными трудностями, так как, во-первых, дети часто отождествляют галлюцинации со сновидениями, а во-вторых, галлюцинации у детей нередко трудно отличимы от эйдетических образов представлений, т. е. представлений с особой чувственной яркостью. В связи с этим иногда высказывается мнение о том, что у детей раннего возраста галлюцинации не возникают. Однако клиническая практика показывает, что изолированные, чаще одиночные зрительные галлюцинации могут наблюдаться уже на 2—3-м году жизни ребенка.

Ребенок $2^1/_2$ лет, находившийся в лихорадочном состоянии, «видел большую черную муху», закрывался от нее руками, просил прогнать ее. Наблюдавшаяся нами девочка с приступообразно теку-

щей шизофренией в возрасте $3^1/_2$—4 лет вечером при засыпании неоднократно испытывала страх, жалуясь матери, что на нее «налетают пчелы, которые хотят ужалить».

Непроизвольность этих обманов восприятия, их яркость, отчетливая экстрапроекция свидетельствуют о том, что они переживаются как объективная реальность, т. е. должны рассматриваться как истинные галлюцинации.

Эпизодические зрительные галлюцинации при инфекционных делириях у детей младшего возраста описаны рядом авторов [Симсон Т. П. и др., 1935; Сухарева Г. Е., 1955, и др.]. В. М. Башина (1980), наблюдавшая зрительные и тактильные галлюцинации при рано начавшейся шизофрении у детей $1^1/_2$—3 лет, отмечает их преимущественное возникновение в просоночном состоянии (при засыпании или ночном неполном пробуждении), в связи с чем относит их к гипнагогическим галлюцинациям. По ее мнению, признаками, объективирующими обманы восприятия как галлюцинаторные у детей младшего возраста, являются повторяемость, идентичность образов, невозможность убедить ребенка в их нереальности.

У детей дошкольного возраста также преобладают зрительные и тактильные галлюцинации, возникающие чаще при засыпании [Башина В. М., 1980]. Однако зрительные обманы нередко наблюдаются и днем. Они усложняются и начинают дополняться интерпретативным компонентом. Обычно «видятся» и «чувствуются на ощупь» неприятные насекомые («пауки мохнатые ползают», «комары, осы кусают»). Перед глазами возникают устрашающие человеческие фигуры: «черный старик», «страшный человек в белом», фантастические существа и сказочные персонажи — «лохматый зверечеловек», «Кащей Бессмертный». Дети часто с убежденностью говорят о том, что эти фигуры и существа угрожают им, хотят на них напасть, сделать им что-то плохое. Очевидно, имеется слитное, нераздельное переживание галлюцинаторных образов и рудиментов бреда, что находит объяснение в синкретизме мышления (т. е. конкретной образности мышления, нерасчлененности представления и мысли), свойственной психике детей дошкольного возраста [Piaget J., 1967].

В этом возрасте возникают и слуховые обманы в виде элементарных слуховых галлюцинаций. Дети слышат стук, бой часов, крик петуха, плач ребенка. В старшем дошкольном возрасте появляются рудиментарные вербальные галлюцинации: «говорят непонятное», «в ушах разговор»,

«голос сказал: «Ты умрешь!» (наблюдение В. М. Башиной, 1980). В этих случаях также нередко присутствует интерпретативный компонент. Галлюцинации остаются эпизодичными, кратковременными.

При шизофрении у детей старшего дошкольного возраста В. М. Башина (1980) описала «оральные галлюцинации», представляющие собой разновидность висцеральных галлюцинаций. Дети испытывают особые болезненные ощущения от инородных тел в полости рта («во рту бумага и железки», «во рту жженая бумага», «волосы во рту»). У некоторых детей, по наблюдениям В. М. Башиной (1980), «оральные галлюцинации» сочетаются с собственно висцеральными галлюцинациями. Ребенок заявляет: «В животе сидит человек, он пищит».

Зрительные, слуховые и тактильные галлюцинации у детей дошкольного возраста, особенно возникающие днем, как правило, связаны с аффектами страха и тревоги, при ослаблении которых галлюцинации исчезают. В этом можно видеть влияние аффективного уровня реагирования на возникновение перцептивных расстройств у детей этого возраста.

В младшем школьном возрасте сохраняется преобладание зрительных галлюцинаций [Сухарева Г. Е., 1955] (рис. 1). Вместе с тем постепенно усиливается роль слуховых вербальных галлюцинаций. Учащаются императивные галлюцинации («Не ешь суп, вылей его!», «Не ходи в школу!» и т. п.).

В препубертатном и младшем пубертатном возрасте зрительные и слуховые галлюцинации эпизодичны, нестойки, обыденного содержания. Нередко истинные галлюцинации трудно отграничить от псевдогаллюцинаций ввиду нечеткости и неопределенной локализации образов. Лишь отсутствие переживания сделанности не позволяет относить образы к псевдогаллюцинациям [Беспалов Ю. И., 1977].

У старших подростков (15—17 лет) галлюцинации мало отличаются от таковых у взрослых. Однако отмечается бо́льшая яркость зрительных галлюцинаторных образов, содержание слуховых галлюцинаций имеет возрастные особенности (ребята «высмеивают недостатки», «договариваются избить»), а также относительная частота обонятельных галлюцинаций при шизофрении [Личко А. Е., 1979]. Особую форму обонятельных галлюцинаций представляет ощущение запаха собственных кишечных газов. Этот вид галлюцинаций является компонентом одного из вариантов синдрома дисморфофобии — дисморфомании.

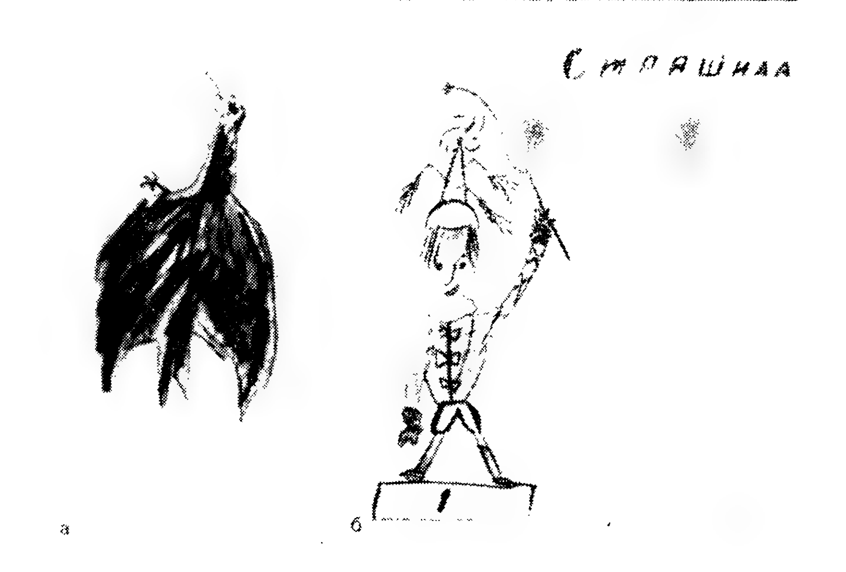


Рис. 1. Образы зрительных галлюцинаций у детей младшего школьного возраста, а —«черная птица», б —«страшила».

Изредка при психозах у подростков возникает галлюциноз, т. е., согласно К. Вернике (цит. по Г. К. Ушакову, 1976), состояние, характеризующееся обильными, чаще однотипными галлюцинациями на фоне ясного сознания. Чаще встречается вербальный галлюциноз, значительно реже — зрительный. Вербальный галлюциноз выражается в виде фраз, «произносимых» одним, двумя или несколькими «голосами». В отличие от взрослых галлюциноз у детей и подростков менее стоек, а главное — крайне редко представляет непрерывное галлюцинирование, которое, по мнению В. Х. Кандинского (1952), является главным признаком галлюциноза у взрослых. Галлюциноз у детей и подростков в основном наблюдается при органических психозах, в частности, при психозах ревматического происхождения, а также при шизофрении, возникшей на почве резидуальной церебрально-органической недостаточности.

Несмотря на изолированность, одиночность, часто рудиментарность и нестойкость галлюцинаций в детском возрасте, нередко можно уловить определенные особенности, зависящие от нозологической принадлежности. Так, при шизофрении у детей многие авторы [Симсон Т. П., 1948;

Гиляровский В. А., 1949; Сухарева Г. Е., 1955] отмечают особую фрагментарность, расчлененность галлюцинаторных образов: ребенок «видит» горящие глаза, черную руку, которая высовывается из-за кровати, безобразное лицо человека и т. п. Кроме того, галлюцинациям при шизофрении у детей, по наблюдениям В. Н. Мамцевой, часто сопутствует чувство враждебного воздействия («желтая репа кусает», «маленькие человечки окружают, не пускают меня», «боюсь, лапа чья-то хватает»), что, вероятно, свидетельствует о их близости к псевдогаллюцинациям и идеям воздействия. Тяготение к бреду и близость к псевдогаллюцинациям, по мнению О. П. Вертоградовой (1974), характерны для галлюцинаций при шизофрении и у взрослых.

Галлюцинациям при психических пароксизмах эпилепсии в детском возрасте свойственны особая яркость, конкретность, обилие деталей [Сухарева Г. Е., 1955]. Галлюцинации при ауре эпилептического припадка обычно элементарны (вспышка пламени, гудок и т. п.) и стереотипно повторяются.

Галлюцинации обычно служат одним из компонентов в структуре ряда состояний помраченного сознания при инфекционных, интоксикационных и травматических психозах. Они наиболее типичны для делириозного помрачения сознания, при котором у детей преобладают множественные зрительные галлюцинаторные образы, чаще подвижные (ребенок «видит» змей, насекомых, червей, «сбрасывает» их с постели, испытывая при этом страх). Нередко зрительные галлюцинации сочетаются с тактильными (ребенок видит мохнатых гусениц и ощущает, как они ползут по его руке). Слуховые галлюцинации при делириозных состояниях встречаются преимущественно у детей старшего возраста и подростков и бывают отрывочными, неразвернутыми («ребята кричат, вызывают меня»).

Устрашающие зрительные галлюцинации наблюдаются при состояниях сумеречного помрачения сознания и их рудиментах — эпизодических ночных и дневных страхах на фоне помраченного сознания. Описание этих галлюцинаций затруднено в связи с амнезией, обычно возникающей по выходе из сумеречного состояния.

Отрывочные, неоформленные галлюцинации, чаще зрительные, сопровождают также аментивное помрачение сознания.

Онтогенетическая незрелость и недостаточная дифференцированность процессов чувственного познания в дет-

ском возрасте при патологии находит отражение в различных незавершенных психопатологических образных феноменах, занимающих промежуточное положение между собственно представлениями, т. е. субъективными образами прошлых восприятий, и галлюцинациями. К числу таких промежуточных феноменов относятся галлюцинации воображения, гипнагогические галлюцинации и псевдогаллюцинации.

Галлюцинациями воображения (термин предложен E. Dupré, цит. по Г. К. Ушакову, 1976) называют непроизвольно возникающие в сознании яркие чувственные образы, тесно связанные с доминирующими в воображении, аффективно заряженными представлениями, мыслями, образами фантазии. Отличие галлюцинаций воображения от истинных галлюцинаций заключается не только в их более тесной связи с воображением, но и в том, что они необязательно проецируются во внешнее пространство.

Таким образом, они не создают завершенного чувства объективной реальности, свойственного истинным галлюцинациям.

Возникновению галлюцинаций воображения у детей способствуют присущий им эйдетизм (от греч. eidos — образ), т. е. способность к чувственно яркому переживанию образов, представлений (преимущественно зрительных и тактильных), живость воображения и отсутствие четкого разграничения между воображаемым и воспринимаемым.

Галлюцинации воображения чаще возникают у детей дошкольного и младшего школьного возраста непосредственно из образов фантазии. Например, больной вялотекущей шизофренией ребенок дошкольного возраста постоянно переживал образные фантазии — представлял маленьких забавных пингвинов. Временами образы фантазии становились особенно яркими и даже проецировались во вне. Мальчик говорил при этом: «Вижу — лампа висит и тут же вижу пингвинчиков». Иногда галлюцинации воображения бывают аутоскопическими, т. е. больной видит самого себя в образе фантастического персонажа, который до того переживался лишь в воображении.

Галлюцинации воображения наблюдаются у детей преимущественно при шизофрении, а также при психогенных заболеваниях, особенно при реактивной депрессии, неврозе страха, истерическом неврозе.

Девочка 15 лет с реактивной депрессией, развившейся в связи с внезапной смертью отца, постоянно думала о нем, вспоминала его

образ, разные моменты из его жизни, а временами ясно видела его перед собой и даже слышала его голос.

Мальчик 10 лет с неврозом страха, возникшим после испуга на похоронах, во время приступов страха видел покойника в гробу.

По мнению Г. К. Ушакова (1971), реактивным психозам и пограничным сотояниям свойственны лишь психогенные галлюцинации воображения, а не истинные галлюцинации.

К незавершенным галлюцинациям относятся также гипнагогические галлюцинации, т. е. спонтанно возникающие при засыпании преимущественно зрительные образы, которые проецируются в темное поле зрения закрытых глаз. Иногда возможна их проекция во внешнее пространство, обычно неосвещенное, при открытых глазах. Содержание гипнагогических галлюцинаций может воспроизводить отдельные впечатления и образы, воспринятые ребенком в течение дня. Подобные гипнагогические галлюцинации нередко наблюдаются у здоровых детей, особенно *впечатлительных, с более выраженным эйдетизмом. При* патологии гипнагогические галлюцинации не связаны с образами повседневных впечатлений, необычны, нередко фантастичны и сопровождаются аффектом страха.

Девочка 10 лет во время засыпания при закрытых глазах «видит» черные клетки, по которым катится шар. Иногда в страхе «видит» «шевелящийся клубочек человечков и змей».

Гипнагогические галлюцинации появляются на начальном этапе делириозного состояния (так называемое пределириозное состояние — гипнагогический делирий), при острых интоксикационных и инфекционных психозах. Дети в момент засыпания «видят» цветные фигуры людей, животных, иногда персонажи из сказок, которые неподвижны или, реже, перемещаются. У части детей появление гипнагогических галлюцинаций сопровождается выраженным страхом, они начинают плакать, звать родителей.

Одиночные гипнагогические галлюцинации могут возникать при шизофрении в состоянии обострения. Чаще видятся темные устрашающие фигуры или отдельные фрагменты: глаза, головы. Типична диссоциация между устрашающим характером галлюцинаторных образов и отсутствием выраженной аффективной реакции ребенка.

Спонтанность гипнагогических галлюцинаций, их экстрапроекция говорят о том, что они не являются лишь эйдетически усиленными образами представлений. Несмотря на определенную близость к псевдогаллюцинациям, гипна-

гогические галлюцинации отличаются от них отсутствием чувства внешнего воздействия. Они не обладают всеми свойствами истинных галлюцинаций, при них, как правило, отсутствует чувство идентичности галлюцинаторных образов с образами восприятия окружающих реальных объектов, что, вероятно, связано со своеобразной проекцией гипнагогических галлюцинаций.

К группе неполных, незавершенных галлюцинаций относятся также **псевдогаллюцинации,** т. е., исходя из представлений В. Х. Кандинского (1952), впервые описавшего эти психопатологические феномены, непроизвольно, спонтанно возникающие чувственно яркие образы (преимущественно зрительные и слуховые), не имеющие проекции в объективное внешнее пространство, а переживаемые в субъективном пространстве (т. е. в собственном сознании) и сопровождающиеся чувством воздействия извне. Образы псевдогаллюцинаций ввиду отсутствия при них чувства объективной реальности никогда не отождествляются с реально существующими в данный момент внешними объектами. В связи с этим дети говорят про псевдогаллюцинаторные образы: «Они не такие, как настоящие». Отсутствию чувства объективной реальности способствует также ощущение внешнего воздействия, «сделанности». Некоторые дети так и заявляют: «Это так делают, как в кино». Содержание псевдогаллюцинаций разнообразно, при шизофрении в детском возрасте они, как правило, необычны, нередко вычурны и фантастичны. Видятся странные человечки с длинными руками, причудливые звери, мертвецы, инопланетяне. Зрительные псевдогаллюцинации могут восприниматься как бы в голове, но могут видеться и где-то вне ее, однако никогда не вписываются в реальное пространство, не локализуются вместе с реальными объектами. Слуховые псевдогаллюцинации у детей редки, одиночны. Кинестетические, в частности, речедвигательные, псевдогаллюцинации встречаются крайне редко.

Псевдогаллюцинаторные переживания более сложные, переплетающиеся с яркими пластическими представлениями, наблюдаются в препубертатном и пубертатном возрасте при онейроидных состояниях (в рамках экзогенных психозов и рекуррентной шизофрении). В этих случаях «видятся» сцены массовых празднеств, демонстраций, приключения героев прочитанных книг, морские путешествия на кораблях, космические полеты и т. п. Следует отметить, что слуховые компоненты псевдогаллюцинаций часто отсутствуют, в связи с чем переживаемые сцены беззвучны.

Одиночные элементарные зрительные псевдогаллюцинации могут возникать в раннем детском возрасте, около 3—4 лет. При шизофрении они уже у детей младшего возраста часто сочетаются с рудиментарными идеями воздействия. Ребенок говорит: «В голове вижу человека-кошку, он на меня действует».

Более сложные комбинированные (зрительные и слуховые) псевдогаллюцинации при отсутствии помраченного сознания наблюдаются только у подростков в рамках синдрома психического автоматизма.

По сравнению со взрослыми дети более склонны к псевдогаллюцинациям, которые, по мнению Г. Е. Сухаревой (1955), могут наблюдаться у них, особенно при повышенной впечатлительности, и без психического заболевания.

По данным исследований нашей клиники (В. Н. Мамцева), своеобразную разновидность псевдогаллюцинаций у детей представляют сновидные псевдогаллюцинации, которые являются переходным феноменом от образов фантазий к сновидениям или, наоборот, от сновидений к фантазиям, и возникают при засыпании и пробуждении. У взрослых сновидные псевдогаллюцинаторные переживания впервые описаны В. Х. Кандинским (1952). Сновидные псевдогаллюцинации в детском возрасте внешне напоминают сновидения и выступают в виде ярких панорамических зрительных образов («видятся» лес, городская улица и т. п.) или разнообразных более или менее сложных сцен, воспроизводящих повседневную жизнь ребенка, эпизоды из прочитанных книг, фантастические события. В отличие от образов фантазии они появляются спонтанно, непроизвольно, ребенок относится к ним рецептивно, как бы со стороны, хотя иногда видит себя участником переживаемых событий. Как и при обычных псевдогаллюцинациях, образы проецируются в субъективное пространство, нередко они видятся в темном поле зрения закрытых глаз, приближаясь к гипнагогическим галлюцинациям. Однако от последних они отличаются значительно большей яркостью, живостью, сложностью содержания, сценоподобностью, а также нередким присутствием чувства сделанности, воздействия извне. Дети дошкольного и младшего школьного возраста в большинстве случаев расценивают сновидные псевдогаллюцинации как сновидения и называют их «снами», говоря: «Я видел сны». В то же время наблюдения за детьми, испытывающими сновидные псевдогаллюцинации, свидетельствуют о том, что они в это время

не спят, могут отвечать на вопросы, отрывочно излагают содержание своих «снов». Один ребенок сказал: «Я не сплю, а занимаю промежуточную позицию».

Изучение динамики образных патологических фантазий при обострениях вялотекущей шизофрении у детей, проведенное В. Н. Мамцевой, показывает, что сновидные псевдогаллюцинации в детском возрасте являются одним из звеньев в процессе формирования псевдогаллюцинаций и других явлений психического автоматизма. Перед сном дети вначале испытывают наплыв воспоминаний о событиях дня. На основе образов воспоминаний происходит фантазирование, в котором сперва перерабатываются представления о реальных событиях, а потом возникает элемент фантазии. Позднее переработанные представления, перемешанные с образами фантазии, превращаются в стереотипные, яркие эйдетические представления образного патологического фантазирования. Ближе ко сну эти образы утрачивают произвольность, становятся как бы независимыми от воли ребенка, нередко переживаются как враждебные, кем-то сделанные, т. е. приобретают свойства сновидных псевдогаллюцинаций. В дальнейшем они переходят в сновидения. Со временем образы, переживаемые при переходе ко сну, начинают временами возникать спонтанно и в бодрствующем состоянии днем, но сначала, как правило, в затемненном помещении. У некоторых детей при пробуждении сновидения не обрываются и переходят вначале в сновидные псевдогаллюцинации, а затем в образы фантазий, которые при утяжелении состояния трансформируются в псевдогаллюцинации и идеаторные автоматизмы.

Эти данные свидетельствуют о существовании непрерывных переходов между представлениями и псевдогаллюцинациями. Изложенные выше возрастные особенности психопатологии галлюцинаций (близость к псевдогаллюцинациям при шизофрении, относительная частота у детей галлюцинаций воображения и гипнагогических галлюцинаций, которые занимают как бы промежуточное положение между истинными галлюцинациями и псевдогаллюцинациями) позволяют прийти к выводу о существовании континуума всех названных форм нарушений чувственного познания. Нам кажется, что можно положительно ответить на существующий со времен В. Х. Кандинского спорный вопрос о возможности взаимопереходов между истинными галлюцинациями и псевдогаллюцинациями.

Кроме того, анализ психопатологии незавершенных, неполных галлюцинаций (некоторые иллюзии, галлюцинации

воображения, гипнагогические галлюцинации, псевдогаллюцинации, сновидные псевдогаллюцинации) в их статике и динамике уточняет место и психопатологическую роль перечисленных галлюциноидов как промежуточных, незавершенных или редуцированных феноменов галлюцинирования в понимании Е. А. Попова (1941) и Г. К. Ушакова (1976).

Все это лишний раз подтверждает важность и перспективность использования сравнительно-возрастного подхода для изучения общей психопатологии познавательной деятельности.

Глава 6

НАРУШЕНИЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО АБСТРАКТНОГО ПОЗНАНИЯ

Поскольку в онтогенезе познавательной деятельности ребенка функции абстрактного, словесно-логического познания действительности формируются наиболее поздно, они отличаются особенно выраженной незрелостью, малой дифференцированностью и хрупкостью, что объясняет и относительную легкость возникновения расстройств этой сферы, и сравнительную психопатологическую бедность, и малую выразительность проявлений патологии абстрактного познания.

Свойственный детской психике в целом и познавательной деятельности ребенка в частности, возрастной динамизм делает понятными изменчивость, нестойкость многих форм расстройств абстрактного познания, прежде всего расстройств мышления и отчасти нарушений памяти у детей.

Вместе с тем ввиду особой возрастной незрелости и хрупкости нейрофизиологических механизмов познавательных процессов у детей раннего и младшего возраста многие повреждающие внешние воздействия могут сравнительно легко вызывать нарушение, а также замедление или приостановку дальнейшего развития и дифференцировки этих механизмов, что становится источником психоорганических (энцефалопатических) синдромов, с одной стороны, и разнообразных состояний недоразвития или задержки развития познавательной деятельности — с другой.

При рассмотрении психопатологии расстройств мышления как важнейшего компонента абстрактного познания у ребенка следует исходить из некоторых закономерностей

онтогенеза мышления, установленных возрастной психологией [Выготский Л. С., 1960; Леонтьев А. Н., 1965; Люблинская А. А., 1971; Piaget J., 1967, и др.].

Мышление ребенка на разных возрастных этапах претерпевает значительные качественные изменения. По мнению А. А. Люблинской (1971), развитие мышления в собственном смысле начинается со 2-го года жизни. До того в психике ребенка имеется лишь ряд предпосылок к мыслительной деятельности в виде первичных, вторичных и третичных реакций и ассоциаций, возникающих при действии внешних сигналов [Piaget J., 1967].

Онтогенетически самым ранним типом мышления, согласно Л. С. Выготскому (1960), является наглядно-действенное мышление, при котором задача, стоящая перед ребенком, наглядная и решается не с помощью рассуждений, а определенным направленным действием или сочетаниями действий. В закреплении определенной последовательности выполнения действия, его схемы содержится начальный элемент обобщения, т. е. отвлечения от конкретной реальности, абстрагирования. Наглядно-действенный тип мышления преобладает в раннем возрасте, приблизительно от начала 2-го до 4-го года жизни ребенка.

В преддошкольном и особенно дошкольном возрасте появляется и становится доминирующим более совершенный тип мышления — конкретно-образный, с мышлением в образах представлений. Формирование этого типа мышления тесно связано с развитием воображения, позволяющего производить сложные пересочетания и преобразования представлений с возникновением новых образов и зачатков новых идей [Ушаков Г. К., 1966]. Конкретно-образный тип мышления создает более благоприятные возможности для образования новых понятий в форме образов и закладки качественно нового типа мышления, оперирующего идеями, отвлеченными мыслями.

Наконец, после второго возрастного криза (7—8 лет) начинается постепенное вытеснение более примитивных типов мышления наиболее сложным и совершенным, абстрактно-логическим типом, формирование которого растянуто во времени. По мнению некоторых авторов [Ушаков Г. К., 1973], этот тип мышления достигает достаточно высокого развития к 14—16 годам.

В процессе онтогенеза мышления происходит не только качественное изменение и усложнение его форм, но и постепенный переход мышления во «внутренний план», его интериоризация [Люблинская А. А., 1971].

В эволюции человека, как известно, развитие мышления происходит в тесной зависимости от развития речи и трудовой деятельности. В онтогенезе человека, как видно из изложенных выше данных психологии, мышление ребенка также уходит корнями в моторную деятельность и, начиная с определенного этапа, неразрывно связано с речью. Вначале это в основном внешняя, комментирующая речь, которая как бы сопутствует действиям и образным представлениям и еще не полностью слилась с мышлением. На этапе преобладания абстрактно-логического мышления речь, так же как и мышление, постепенно переходит во «внутренний план», становится внутренней речью, которая по существу сливается с мышлением. Однако и при развитом абстрактно-логическом мышлении (или, как часто говорят, словесно-логическом) мышление и внутренняя речь не абсолютно идентичны, поскольку онтогенетически более ранняя форма мышления — мышление в образах представлений — в большей или меньшей степени, по-видимому, сохраняется, будучи подчинено абстрактно-логическому мышлению.

У детей соотношение образного и абстрактно (словесно)-логического мышления существенно меняется с возрастом в сторону все большего преобладания и все большей роли в деятельности абстрактно-логического мышления.

Разнообразные расстройства мышления можно условно подразделить на болезненно измененные идеи и нарушения темпа и логического строя.

Болезненно измененные идеи

К расстройствам этого типа мы относим навязчивые, сверхценные и бредовые идеи.

Навязчивые идеи

Навязчивые идеи (обсессии, идеаторные навязчивости), т. е. неотступно возникающие в сознании вопреки желанию больного мысли, обычно посторонние, не связанные с ситуацией, нередко нелепые, к которым у больного имеется критическое отношение как к чуждым явлениям, в детском возрасте в изолированном виде встречаются относительно редко и обычно выступают в атипичной рудиментарной форме без достаточно выраженного переживания их чуждости и без полной критики.

По наблюдениям В. М. Башиной (1980), рудиментарные навязчивые опасения («мать не придет за мной в сад»,

«меня забудут», «я заболею»), которые часто сочетаются с повторяющимися бесцельными движениями (рудиментарными моторными навязчивостями), нередко возникают при шизофрении у детей 3—6 лет. Такие опасения можно рассматривать лишь как рудименты навязчивых феноменов, так как при них отсутствуют переживание ребенком их чуждости, стремление преодолеть их. Однако в отдельных случаях частичное осознание чуждости опасений появляется. Так, в одном наблюдении В. М. Башиной (1980) ребенок сказал: «Я знаю, что не надо об этом думать, но ничего не могу с собой поделать».

Следует также отметить, что подобные рудиментарные навязчивые опасения психопатологически не дифференцированы и могут считаться как предшественниками фобий, так и рудиментами идеаторных навязчивостей (обсессий).

К рудиментарным идеаторным навязчивостям у детей старшего дошкольного возраста можно отнести также стремление многократно задавать однотипные вопросы, не имеющие познавательной цели или даже бессмысленные: «Зачем чулочки надевать?», «Почему бумага белая?», «Зачем вода капает?» и т. п. При этом дети, как правило, не дожидаются ответов и не слушают их, стереотипно повторяя один и тот же вопрос. В. М. Башина (1980) описывает подобные однообразные вопросы при шизофрении. Мы наблюдали это явление также при пограничных состояниях. По нашему мнению, оно занимает промежуточное положение между рудиментарными моторными (речедвигательными) и идеаторными навязчивостями.

Рудиментами идеаторных навязчивостей в младшем и отчасти среднем школьном возрасте можно считать навязчиво возникающие образные представления, которые, как правило, смыкаются с теми или иными страхами и опасениями.

У наблюдавшейся нами девочки 11 лет, которая испытывала опасения по поводу своей школьной успеваемости, со временем стали навязчиво возникать в сознании зрительные образы оценок — двоек, а затем образы одноклассников-двоечников. Позднее присоединились навязчиво возникающие неправильные ответы двоечников. Наряду с этими переживаниями возникли разнообразные защитные навязчивые ритуалы (взгляд в разные стороны в определенной последовательности, отмахивания и т. д.), якобы способные предотвратить плохую оценку.

Приведенные примеры наглядно иллюстрируют проявление в условиях патологии закономерностей онтогенетической последовательности развития мышления ребенка, в частности формирование идеаторных навязчивостей из

предшествующих им моторных и образных навязчивых явлений.

К идеаторным навязчивостям относится также навязчивый счет (аритмомания), т. е. навязчивое пересчитывание тех или иных объектов, например проезжающих автомашин, прохожих, окон в домах, букв на вывесках, которые встречаются у детей более старшего возраста (после 10—11 лет) и подростков.

Сравнительно редкую форму идеаторных навязчивостей у детей школьного возраста и подростков представляют так называемые хульные мысли, т. е. навязчивые контрастные мысли, находящиеся в противоречии с нравственными установками и желаниями больного. Например, у мальчика 12 лет навязчиво возникает мысль: «Пусть мама умрет», хотя он горячо любит ее и опасается за ее жизнь. У девочки 11 лет, которая очень привязана к своей матери, в ее присутствии навязчиво появляются мысли контрастного содержания, адресованные к матери: «Мама — дура, балда» и т. п. Нередко одновременно возникает навязчивое стремление произносить бранные слова, соответствующие хульным мыслям. Некоторые дети временами не могут сдержать это стремление и произносят отдельные слова вслух или шепотом. Как правило, хульные мысли тягостны, мучительны для больных, однако избавиться от них дети не могут. Этот вид идеаторных навязчивостей в большинстве случаев наблюдается при неврозе навязчивых состояний у детей и подростков с тревожно-мнительными чертами характера, повышенно совестливых и стыдливых.

К идеаторным навязчивостям близки некоторые виды навязчивых опасений. Особое место среди них занимают отмечаемые у подростков навязчивые мысли и опасения по поводу реального, но незначительного дефекта внешности (узкие плечи, малый рост, сутулость, немного искривленные ноги, некрасивая форма носа, прыщи на лице, выпуклый лоб и т. д.). Мысль о физическом недостатке постоянно возвращается в сознание подростка, вызывает чувство неполноценности, усиливает застенчивость, хотя подросток и понимает недостаточную обоснованность своих опасений в связи с малой выраженностью дефекта, его широкой распространенностью.

Эти дисморфофобические навязчивости чаще выступают не изолированно, а в сочетании со сверхценными переживаниями аналогичного содержания. Обычно они входят в структуру преимущественного для пубертатного возраста синдрома дисморфофобии — дисморфомании.

Как видно из изложенного, идеаторные навязчивости в детском возрасте редко встречаются в изолированном виде. Они обычно возникают лишь у более старших детей (препубертатный и пубертатный периоды), а у младших эти явления чаще выступают в форме рудиментарных моторных или аффективных навязчивостей.

Сверхценные образования

Довольно распространенную, хотя мало изученную, группу нарушений абстрактного познания у детей составляют рудиментарные незавершенные сверхценные образования.

Сверхценные идеи в собственном смысле слова [Wernicke C., 1892] — особо значимые для личности мысли, отличающиеся сильной аффективной заряженностью и потому в значительной мере подчиняющие себе содержание сознания и деятельность человека, в детском возрасте не встречаются. Только у подростков (с 13—14 лет) возможно возникновение некоторых сверхценных образований, близких к сверхценным идеям взрослых.

От навязчивых идей сверхценные отличаются тем, что они не осознаются как чуждые, болезненные, личность больного не пытается их активно преодолеть, напротив, они становятся одним из ведущих мотивов поведения. Несмотря на определенную близость сверхценных идей к бредовым, они в отличие от последних, как правило, возникают в тесной связи с реальными фактами и событиями, необоснованно гиперболизированными в сознании больного. Кроме того, в отличие от бредовых идей сверхценные поддаются некоторой коррекции, хотя обычно нестойкой.

Сверхценные идеи чрезвычайно тесно связано с особенностями личности (чаще возникают у личностей с паранойяльными чертами, ригидных, бескомпромиссных, чрезмерно стеничных в отстаивании своих интересов), с ее ценностными установками.

О возможности возникновения сверхценных образований у детей в форме страхов определенного содержания (боязнь темноты, грозы, и т. п.) у детей впервые писал немецкий психиатр Th. Ziehen (1926).

Наши исследования [Ковалев В. В., 1974], а также данные ряда детских психиатров [Симсон Т. П., 1948; Сухарева Г. Е., 1955; Мамцева В. Н., 1955] свидетельствуют о том, что наиболее ранними формами сверхценных образований можно считать своеобразные стереотипные игры, так на-

зываемые пытливые вопросы познавательного содержания, а также односторонние интересы и увлечения.

Особые игры с оттенком одержимости наблюдаются уже у детей 2—3 лет. Дети часами увлеченно играют с предметами, не имеющими игрового назначения: веревочками, кастрюлями, бутылками, электрическими проводами, раскладывают их, схематически сортируя по форме и величине, стереотипно открывают водопроводные краны. Поведение детей указывает на то, что они целиком захвачены своим занятием, крайне увлечены им, не замечают происходящего вокруг, не обращают внимания на окружающих, в том числе на детей, часто не отвечают на обращение, раздражаются и сердятся, если их пытаются отвлечь от этих занятий.

В наблюдении В. Н. Мамцевой мальчик 3 лет не стремился к детям, обращал мало внимания на близких, не проявлял интереса к игрушкам, подолгу играл с обувью, переставлял ботинки, калоши, строил из них поезда, разговаривая при этом сам с собой. Однажды, будучи приглашенным на новогодний праздник, не обращал никакого внимания ни на ярко наряженную елку, ни на игрушки и подарки. Очень обрадовался, увидев в передней калоши и боты, стал играть с ними. Ребенка с трудом удалось оторвать от этого занятия, чтобы увести домой.

Сверхценность подобных игр проявляется в выраженном преобладании интереса к ним, охваченности этим интересом, а также в спаянности поведения ребенка в игре с особенностями его личности.

Однако в данном наблюдении речь идет не о сверхценной идее, а о сверхценной деятельности, что, принимая во внимание возраст ребенка, становится понятным в свете изложенных выше закономерностей онтогенеза мышления. В происхождении сверхценного отношения к определенной игровой деятельности в детском возрасте, по-видимому, немалую роль играет нарушение влечений, которое обусловливает особую охваченность ребенка этой деятельностью. Имеют значение, вероятно, и своеобразные черты личности детей: как правило, они мало нуждаются в контактах с окружающими, недостаточно жизнерадостны, трудно привыкают ко всему новому. У части таких детей отмечается особый вариант дизонтогенетического развития — ранний детский аутизм (в форме синдрома Каннера или синдрома Аспергера), описание которого приведено во второй части. У некоторых детей с описанными особенностями личности в дальнейшем выявляется вялотекущий шизофренический процесс.

Некоторые авторы, в частности Г. Е. Сухарева (1955), относят описанные выше стереотипные игры к проявлениям патологического фантазирования в игровой деятельности. Однако наши наблюдения свидетельствуют о том, что психопатологическое содержание таких игр неоднозначно, они только в части случаев связаны с образным аутистическим фантазированием.

У детей 4—7 лет, особенно при парциальной психической акселерации (ускоренное развитие речи, появление интеллектуальных интересов, свойственных более старшему возрасту), рудиментарные сверхценные образования нередко принимают форму упорно задаваемых «пытливых» вопросов познавательного содержания: «Почему люди умирают?», «Что будет после того, как я умру?», «Может ли время остановиться?», «Где самый конец всего?» и т. п. К подобным вопросам дети обнаруживают особое отношение, проявляющееся в скрытой тревоге, частой неудовлетворенности ответом, настойчивом возвращении к вопросу, раздражении или плаче при игнорировании его взрослыми. Хотя содержание этих вопросов внешне отвлеченное и даже философское, в их основе лежит не столько абстрактная сверхценная идея, сколько аффективно заряженное образное представление, соответствующее преобладающему конкретно-образному типу мышления детей этого возраста. Это подтверждают высказывания некоторых детей о том, что понятия смерти, времени, «конца всего» осознаются ими не как абстракция, а как образы, нередко устрашающие: смерть —«что-то большое, черное, человек туда проваливается», время —«колесики крутятся, звенят», «конец всего»—«обрыв такой страшный, а за ним темнота».

Вместе с тем болезненный интерес к этим понятиям, сочетающийся с устрашающими представлениями, по-видимому, также свидетельствует о роли патологии влечений в происхождении описанных рудиментарных сверхценных образований.

Познавательное содержание вопросов, особое, эмоционально заряженное отношение к указанной тематике отличают их от описанных в предыдущем разделе этой главы рудиментарных обсессий в форме стереотипных вопросов.

С конца дошкольного возраста рудименты сверхценных идей все более принимают вид идеаторных образований — односторонних интересов и увлечений, чаще недетских, отвлеченных, далеких от повседневных интересов, свойственных здоровым детям. В одних случаях наблюдается повышенный интерес к астрономии с попытками рисовать карты

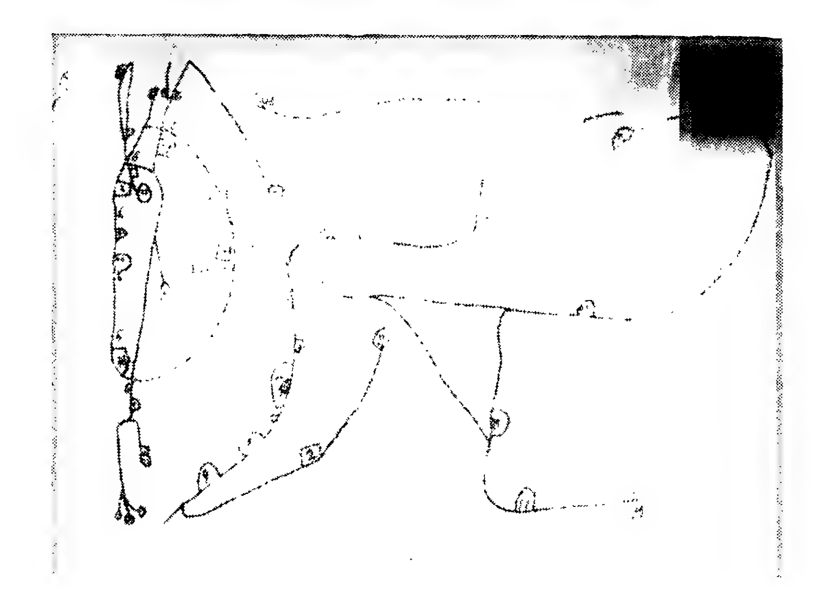


Рис. 2. Схема движения автобусов, нарисованная мальчиком младшего школьного возраста, склонного к сверхценным интересам.

звездного неба, в других — вычерчивание схем движения транспорта (рис. 2), в третьих — выписки по определенной тематике из энциклопедий и справочных изданий.

Наблюдавшийся нами мальчик 7 лет проявлял особый интерес к календарям, часами рассматривая их и тщательно переписывая часы восхода и захода солнца и луны, а также долготу дня. В результате этих длительных занятий он мог безошибочно назвать указанные данные для любого дня года. Мальчик не проявлял интереса к играм других детей, говоря, что ему «с ними скучно». Скупо и неохотно отвечая на вопросы врача, заметно оживлялся, когда разговор касался его увлечения, сообщая с различными подробностями сведения о восходе и заходе солнца и луны.

Особое значение подобных односторонних интересов и увлечений для личности детей, их высокая «аффективная заряженность», ведущая к охваченности, своеобразной одержимости определенной деятельностью, доминирование в сознании и подчинение этим интересам поведения — все это с несомненностью говорит о принадлежности описываемых явлений к кругу сверхценных образований. К ним следует отнести также сверхценное «запойное чтение», описанное М. Ш. Вроно (1971).

Психопатологическая незавершенность сверхценных односторонних интересов и увлечений выражается главным образом в том, что это не логическое идеаторное построение, не переоцениваемые идеи с системой доказательств, как, например, сверхценные идеи изобретательства, сутяжничества, ревности у взрослых, а сверхценное отношение к определенной деятельности без достаточного проникновения в ее содержание и смысл. С этим связано присущее всем сверхценным односторонним интересам и увлечениям стремление к схематизации, к составлению графиков, карт, планов, к формальной систематике каких-либо данных, беглому просмотру книг и т. п. Иными словами, сверхценные интересы и увлечения, несмотря на внешне абстрактное оформление, остаются по существу довольно близкими к сверхценной игровой деятельности детей младшего возраста.

Подобные сверхценные интересы и занятия при более интенсивном вовлечении творческого воображения становятся основой одной из форм патологического фантазирования.

В наблюдении В. Н. Мамцевой мальчик младшего школьного возраста проявлял односторонний повышенный интерес к схемам и чертежам машин, перерисовывая их из технических журналов, проводил много времени в промышленных павильонах ВДНХ. В возрасте 13 лет он стал думать о создании двигателя, работающего без горючего с высоким КПД, был поглощен проектом такого двигателя, раздражался, когда его отвлекали от этого занятия.

Описанные формы сверхценных образований наблюдаются преимущественно при вялотекущей шизофрении и формирующейся психопатии шизоидного круга. Значительно реже они бывают у больных так называемой височной эпилепсией [Висневская Л. Я., 1976].

Наряду с перечисленными относительно самостоятельными рудиментарными сверхценными образованиями элементы сверхценности, преимущественно в виде сверхценного отношения к определенным объектам и явлениям, входят в структуру некоторых невротических страхов (например, боязни темноты, одиночества, некоторых животных у детей младшего возраста, ипохондрических страхов у детей школьного возраста и подростков), депрессивных переживаний при реактивной депрессии у детей старшего возраста.

Кроме того, сверхценные переживания (обида, ущемленное самолюбие, ревность) становятся основой ряда ситуационных патохарактерологических реакций (протеста,

гиперкомпенсации и некоторых других), а также участвуют в механизмах психогенеза постреактивных, невротических и некоторых других типов психогенных патологических формирований (развитий) личности у детей и подростков [Ковалев В. В., 1973, 1979].

Выраженная склонность к сверхценным образованиям, как правило, не достигающим завершенности сверхценных идей, отмечается в подростковом и юношеском возрасте. Th. Ziehen (1924) в связи с этим писал о «монодеистических тенденциях юношества».

По мнению ряда детских психиатров [Сухарева Г. Е., 1955, 1974; Новвлянская К. А., 1958, 1960; Вроно М. Ш., 1971, и др.], очерченные сверхценные образования лежат в основе таких преимущественных для пубертатного возраста синдромов, как синдром дисморфофобии, близкий к нему синдром нервной или психической анорексии, ипохондрический синдром и синдром метафизической или философской интоксикации.

При 3 первых синдромах сверхценные образования выступают в форме трудно корригируемых сверхценных убеждений в уродующем физическом недостатке, в необходимости ограничивать прием пищи в целях похудания, уделять повышенное внимание своему здоровью. Во всех этих случаях сверхценное убеждение содержит слабо выраженный идеаторный компонент, не сопровождается логическими доказательствами и опирается больше на чувственные элементы (ощущения физического недостатка, излишней полноты, соматического неблагополучия).

Сверхценные образования при синдроме метафизической интоксикации включают определенные, обычно псевдонаучные, логические обоснования, но ведущими являются сверхценное отношение к отвлеченной интеллектуальной деятельности, сверхценный интерес, а также компонент повышенного влечения. На роль компонента влечения в генезе синдрома философской интоксикации указывает Р. А. Наджаров (1969). Следовательно, сверхценные образования при данном синдроме ближе к сверхценному патологическому (аутистическому) фантазированию и к сверхценным односторонним увлечениям детского возраста, чем к завершенным сверхценным идеям взрослых.

Таким образом, сверхценные образования у подростков хотя и близки к сверхценным идеям в собственном смысле слова, однако еще не могут считаться завершенными сверхценными паранойяльными феноменами, свойственными взрослым.

Бредовые идеи

Важное место в психопатологии абстрактного познания у детей и особенно у подростков принадлежит бредовым идеям, т. е. ложным убеждениям, возникающим на болезненной основе и не поддающимся коррекции [Гиляровский В. А., 1954].

Нестойкие бредовые идеи могут возникать уже в младшем школьном возрасте, но систематизированный бред, т. е. совокупность бредовых идей, складывающихся в систему логических доказательств, по данным многих детских психиатров, возможен лишь после 10—11 лет, т. е. начиная с препубертатного возраста [Despert J., 1948; Kanner L., 1957; Duché D., 1960; Eggers C., 1967; цит. по H. Stutte, Y. Dauner, 1971, и др.]. Однако не только в препубертатном, но и в пубертатном возрасте систематизированный бред встречается довольно редко. Его возникновению может способствовать акселерация интеллектуального развития.

Отрывочные, нестойкие бредовые идеи преследования чаще наблюдаются у детей в состоянии помраченного сознания при острых экзогенных, в частности, инфекционных и интоксикационных, психозах [Сухарева Г. Е., 1955]. Содержание бредовых идей в этом случае тесно связано с галлюцинаторными образами (обычно зрительными) и образами иллюзий и меняется в зависимости от их изменения. Так, например, в состоянии делириозного помрачения сознания ребенок, который «видит» мохнатых страшных гусениц, на короткое время убежден в том, что гусеницы нападают на него, и просит мать прогнать их.

Бредовые феномены при непомраченном сознании в детском возрасте встречаются значительно реже. Несмотря на относительную редкость у детей завершенных бредовых идей при отсутствии помраченного сознания, незавершенные, рудиментарные бредовые феномены даже в младшем детском возрасте бывают довольно часто. Знать проявления таких рудиментарных форм — возрастных предшественников бредовых идей — весьма важно для раннего распознавания ряда тяжелых психических заболеваний, прежде всего шизофрении, а также некоторых затяжных органических психозов, в частности при ревматических и других хронических энцефалитах.

Онтогенетическими предшественниками бреда в детском возрасте можно считать некоторые формы преимущественно аффективных нарушений, которые нередко сочетаются

с неразвернутыми перцепторными компонентами и, по-видимому, элементарными образами воображения. Так, например, уже в 4—5 лет у некоторых детей, позднее обнаруживающих неразвернутые бредовые идеи преследования и воздействия, бывают приступы немотивированного диффузного страха, чаще беспредметного, обычно вечером и ночью. Ребенок прижимается к родителям, повторяя: «Боюсь, боюсь!». Иногда страх имеет необычное, вычурное содержание: ребенок боится форточек, водопроводных кранов, чайников, ветра, шума воды.

Отсутствие в описанных состояниях идеаторного компонента, даже элементарного, не позволяет считать их рудиментарными формами бреда. Тем не менее изучение динамики психических нарушений у таких детей свидетельствует о существовании ряда переходных состояний от приступов диффузного страха к собственно бредовым феноменам. Следовательно, описанные приступы немотивированного страха могут рассматриваться как предшественники, предвестники будущего бреда. Отсутствие при них идеаторного компонента и неразвернутость перцепторного компонента, очевидно, объясняются возрастным уровнем развития психики.

В несколько более старшем возрасте (6—9 лет) у детей, которые ранее испытывали описанные приступы страха, нередко возникают немотивированные своеобразные состояния с тревожно-боязливым аффектом, напряженностью, подозрительностью и двигательным беспокойством. Дети становятся тревожными, с недоверием всматриваются в окружающих, боятся подходить к незнакомым или малознакомым лицам, сторонятся других детей, прячутся по углам, отказываются выходить на улицу, склонны расценивать действия окружающих как недружелюбные, враждебные («дядя посмотрел на меня злыми глазами»). Они нередко жалуются на недомогание, плохое самочувствие, отсутствие аппетита.

К рудиментам бреда у детей дошкольного возраста можно отнести своеобразное настороженное, боязливое отношение к предлагаемой пище («она плохая», «грязная»), описанное В. М. Башиной (1980) при шизофрении.

Перечисленные состояния болезненно измененного аффекта Г. Е. Сухарева (1955) по аналогии с «бредовым настроением» у взрослых, описанным K. Jaspers (1973), называет «бредовой настроенностью».

Из описания этих состояний видно, что в их структуре наряду с патологически измененной аффективностью име-

ются элементы бредового восприятия (по K. Jaspers, 1973) и неразрывно связанного с ним бредового толкования, т. е. это рудиментарный чувственный бред.

Состояния бредовой настроенности у детей наглядно показывают роль измененных аффективности (настороженность, подозрительность, тревожность) и протопатических эмоций (по М. И. Аствацатурову), непосредственно связанных с чувственной сферой (нарушение самочувствия, ощущение недомогания) в происхождении бредовых феноменов.

К предыдущему рудиментарному бредовому феномену близко стоит описанное Г. Е. Сухаревой (1955) появляющееся иногда уже в дошкольном возрасте [Башина В. М., 1980] недоброжелательное отношение к родным, прежде всего к матери. Ребенок грубит матери, стремится сделать ей назло, отталкивает ее, когда она хочет его приласкать, не берет у нее игрушки и лакомства, плохо отзывается о ней. Такое состояние непродолжительно. В более старшем возрасте, чаще в пубертатном периоде, этот рудиментарный феномен нередко превращается в более очерченную и стойкую форму паранойяльного бреда —«бреда чужих родителей», при котором ребенок или подросток убежден в том, что его родители (чаще только мать) не родные, но скрывают это. В доказательство приводятся разные незначительные факты или случайные высказывания родителей, якобы свидетельствующие об их плохом отношении к больному, а стало быть, и о том, что они ему не родные.

Рудименты бреда у детей дошкольного возраста со свойственным им преобладанием конкретно-образного типа мышления могут выступать также в форме образных патологических («бредоподобных», «аутистических») фантазий [Симсон Т. П., 1948; Мамцева В. Н., 1955] и в виде игрового перевоплощения с элементами деперсонализации, при которой ребенок представляет себя лошадкой, зайцем, троллейбусом и более или менее долго ведет себя соответствующим образом с игнорированием реальной ситуации [Симсон Т. П., 1948; Сухарева Г. Е., 1955]. Обе рудиментарные формы с возрастом могут переходить в явления психического автоматизма с тем или иным участием элементов идей воздействия.

У детей младшего школьного возраста характер рудиментов бреда меняется.

Состояния немотивированного страха приобретают более дифференцированную форму опасений за жизнь и здоровье,

т. е. страхов с ипохондрическим содержанием. Приступы таких страхов чаще возникают ночью и нередко сопровождаются выраженными вазовегетативными расстройствами (чувство жара, гиперемия кожных покровов, тахикардия, гипергидроз и пр.). В отличие от внешне сходных невротических сверхценных страхов при неврозе страха ипохондрические страхи — рудименты бреда психологически необъяснимы, не связаны с психотравмирующей ситуацией (болезнь или смерть близких родственников, собственное соматическое недомогание), имеют сенестопатический компонент, почти не поддаются коррекции, нередко сочетаются с подозрительностью, настороженностью, склонностью винить окружающих в своих неприятных ощущениях. Иными словами, здесь можно уловить элементы бредовой интерпретации и бредового настроения. Изучение динамики подобных ипохондрических страхов при шизофрении свидетельствует об их частом переходе у детей старшего возраста и подростков в более завершенные феномены ипохондрического бреда, нередко с включением явлений сенестопатического автоматизма.

Образное патологическое фантазирование как рудимент бреда в младшем школьном, а отчасти препубертатном и пубертатном возрасте (обычно у мальчиков) приобретает агрессивно-садистическое содержание (мысленно представляются сражения, убийства, пытки, казни и т. п.). В фантазиях такого рода наряду с образным присутствует и идеаторный компонент в виде придумывания различных мучительных способов убийств, наказаний для тех, кто когда-либо причинял неприятности больному, например для школьных учителей. Один мальчик с таким типом фантазирования вел специальный журнал, где в разных графах записывал проступки своих «недругов» и способы их наказания. В пубертатном возрасте, по наблюдениям В. Н. Мамцевой, агрессивно-садистические фантазии могут преобразовываться в параноидный и парафренный бред.

По данным Р. Г. Илешевой, Ю. И. Беспалова и Н. К. Русаковой (1976), нередким рудиментом параноидного бреда у детей младшего школьного возраста является чувство присутствия постороннего, сопровождающееся страхом, тревогой и соответствующими изменениями поведения (дети заглядывают под кровать, за шкафы, проверяют запоры на дверях, закрывают окна и т. п.), которое указывает на периодическую убежденность в присутствии «чужого» в помещении.

Сравнительно частой формой рудиментарных бредовых образований в младшем школьном и отчасти препубертатном возрасте является бред воображения [Мамцева В. Н. и др., 1977]. Этот вид бредовых идей, выделенный французскими психиатрами Дюпре и Логром (цит. по Г. П. Киндрас, 1974),— результат деятельности воображения, фантазирования. Бреду воображения, по мнению В. М. Морозова (1975), свойствен феномен ложного воспоминания. В связи с важной ролью воображения, фантазирования в детской психике у детей есть особые предпосылки к возникновению бреда воображения.

Психопатологическую структуру бреда воображения у детей чаще всего составляют идеи преследования, отношения, отравления, ложные узнавания и т. п., опирающиеся на ложные воспоминания и их переработку в процессе фантазирования.

Сказанное иллюстрирует следующее наблюдение В. Н. Мамцевой с соавт. (1977).

Мальчик 9 лет вспомнил, что 2 года назад, когда он учился в 1-м классе, произошла ссора между его матерью и учительницей. После этого учительница «решила отомстить». Ребенок «вспоминает», как учительница намеками приказывала одному из учеников ударить его палкой по голове, чтобы «вызвать сотрясение мозга». Заявляет, что «соседка по квартире, которая меня недолюбливает, в отсутствие матери замахивалась на меня палкой, помахивала ножом, давая понять, что может зарезать». Мать мальчика, поверив его ярким, убедительным рассказам, связала его неправильное поведение и снижение школьной успеваемости с якобы перенесенным им «сотрясением мозга» и возбудила уголовное дело против учительницы.

Бред воображения в детском возрасте описан при аффективно-бредовых приступах шизофрении. Однако его возникновение возможно и при других психических расстройствах, особенно у детей с истероидными и шизоидными чертами характера.

К числу предшественников параноидного бреда у детей школьного возраста относятся также некоторые навязчивые страхи, чаще ипохондрического содержания (страх заражения, загрязнения, болезни, смерти) при малопрогредиентной шизофрении. Динамическое изучение таких страхов свидетельствует о том, что в части случаев аффективный компонент страхов блекнет и дезактуализируется, их содержание становится все более символическим, присоединяются идеаторные навязчивости (навязчивые сомнения, воспоминания, навязчивый счет), постепенно происходит трансформация навязчивых переживаний либо в психические автоматизмы и псевдогаллюцинации, либо в бредовые

идеи преследования и воздействия. Такая динамика наблюдается при малопрогредиентной шизофрении с неврозоподобными проявлениями [Скапави Е. Е., 1962; Новлянская К. А., 1964].

У детей препубертатного возраста хотя и происходит усиление идеаторного компонента незавершенных форм бреда, однако бред носит чувственный (образный) характер и тесно связан с аффективным состоянием.

По данным О. Д. Сосюкало (1973, 1974), к препубертатному и младшему пубертатному возрасту относится начало более оформленного ипохондрического бредообразования. Чаще всего, как показывают данные ряда авторов [Моисеева М. И., 1969; Вроно М. Ш., 1971; Сосюкало О. Д., 1973], а также наши наблюдения, ипохондрический бред в препубертатном и пубертатном возрасте входит в структуру острых ипохондрических приступов («ипохондрических кризов» или «катастрофальных реакций гибели», по Г. А. Ротшейну, 1961). Для указанных состояний характерен острый страх за жизнь и здоровье с чувственно яркими сенестопатиями («в голове горячее переливается», «в груди рвется что-то»), а также более или менее выраженные бредовые идеи ипохондрического содержания.

Так, например, наблюдавшийся нами мальчик Ш., 14 лет, однажды пожаловался на боли в животе, плохое самочувствие, стал грустным, напряженным. Когда мылся в ванне, почувствовал себя еще хуже, возник страх смерти. На следующий день в связи с болями в животе был госпитализирован в детскую больницу. Там был двигательно возбужден, крайне тревожен, кричал, что умирает, так как у него «рак сердца». Не допускал к себе никого. После перевода в психиатрический стационар продолжал испытывать страх и тревогу, был крайне беспокоен, говорил, что задыхается, утверждал, что «неминуемо умрет», высказывал опасения, что его отравят врачи. Заявлял, что «внутренние органы у него гниют и отмирают», «внутри все разлагается». Ощущал запах кала от своего тела. Считал, что его «готовят к каким-то опытам и к смерти».

В данном наблюдении ипохондрические бредовые идеи в виде чувственного (образного) бреда не систематизированы, тесно связаны с сенестопатическими (псевдоалгическими) ощущениями и аффектом витального страха. Отмечаются элементы нигилистического бреда.

Фрагментарность, незавершенность бредовой фабулы, наивность содержания при ипохондрическом бреде в младшем подростковом возрасте отмечает О. Д. Сосюкало (1974).

Острые ипохондрические состояния подобного типа опи-

сываются в препубертатном и младшем пубертатном возрасте при рудиментарных депрессивно-бредовых приступах шизофрении в рамках ее приступообразно-прогредиентного течения [Вроно М. Ш., 1971; Сосюкало О. Д., 1974], а также при острых экзогенно-органических и соматогенных психозах [Сухарева Г. Е., 1955; 1974]. В последнем случае, в отличие от шизофрении острые ипохондрические состояния кратковременны, неразвернуты, бредовый компонент выражен слабо, имеются признаки помраченного сознания (оглушение, эпизоды спутанности сознания), а также выраженные астенические проявления.

В препубертатном возрасте (приблизительно с 10 лет) впервые возникают более отчетливые идеи преследования («выслеживают какие-то ребята»), отравления (дети проверяют пищу, «чтобы не подсыпали чего-нибудь»), отношения («в классе, на улице все по-особому смотрят на меня»).

Бредовые идеи, как правило, неразвернуты, отрывочны, нестойки, сугубо обыденного содержания (бред «малого размаха», по С. Г. Жислину). Так, например, дети заявляют, что в классе к ним изменилось отношение, они замечают, как одноклассники переглядываются, шепчутся, когда они входят в класс, учителя стали плохо относиться — занижают оценки. Эти высказывания наглядно иллюстрируют чувственность бреда, его тесную связь с измененным восприятием (бредовой настроенностью, по Г. Е. Сухаревой, 1955).

Описанная выше у детей младшего возраста антипатия к родителям, особенно к матери, в данном возрастном периоде нередко приобретает форму бредового отношения в виде избирательной враждебности к ней, недоверия и подозрительности к любым действиям родителей, включая проявления родительских чувств, нежности. Во всех действиях и советах родителей усматриваются скрытый подвох, желание навредить. При этом варианте можно говорить о рудименте паранойяльного бреда отношения и преследования.

В дальнейшем, в пубертатном возрасте, на основе описанной паранойяльной враждебности формируется бред чужих родителей.

У детей препубертатного возраста встречаются также рудименты парафренного бреда величия, которые имеют своими истоками некоторые формы патологического бредоподобного фантазирования (В. Н. Мамцева).

Наблюдавшийся нами мальчик с 11 лет изобретал космический корабль особой конструкции. Он постоянно был занят составлением схем, чертежей этого корабля, а также чтением технических журналов. В 13 лет он стал заявлять, что близок к цели — созданию «сверхскоростного космического корабля», скорость которого приближается к скорости света. В связи с этим предполагал, что получит Нобелевскую премию за свое открытие. Стал свысока относиться к товарищам по классу, называя их дураками, тупоумными. Появилась особая горделивая поза. В разговоре со старшими держался высокомерно, говорил поучающим тоном.

Хотя в большинстве случаев бредовые феномены у детей препубертатного возраста не завершены, не разработаны и не систематизированы, изредка бывают систематизированные стойкие идеи преследования, отравления, воздействия, сочетающиеся со слуховыми и зрительными галлюцинациями, т. е. галлюцинаторно-параноидные состояния [Despert J., 1948; Eggers C., 1967; Stutte H., Dauner I., 1971, и др.].. H. Stutte, I. Dauner (1971) описали случай систематизированного парафренного фантастического бреда с идеями преследования, отравления, воздействия, величия, религиозным бредом, а также слуховыми и зрительными галлюцинациями и псевдогаллюцинациями у мальчика, больного шизофренией. Бред развился в возрасте 11 лет 8 мес и сохранялся 3 года.

Систематизации бреда в препубертатном возрасте способствует ряд дополнительных условий. К их числу можно отнести парциальную психическую акселерацию с опережением развития абстрактного мышления, как описано в наблюдении H. Stutte, I. Dauner (1971).

Кроме того, определенная роль принадлежит индуцирующему влиянию среды, прежде всего семьи, родителей.

Под нашим наблюдением находилась девочка 11 лет с индуцированным психозом, у которой оформленное параноидное состояние с элементами систематизации бредовых идей преследования развилось под влиянием острого приступа психоза у матери.

Девочка М., 11 лет, ученица 4-го класса массовой школы, впечатлительная, внушаемая, общительная, жила вдвоем с матерью, у которой возник острый бред преследования. Вскоре девочка, как и мать, стала считать, что за ними «следит шайка бандитов с целью проиграть их в карты». Среди прохожих на улице замечала определенных людей, принадлежащих к этой шайке. Ездила вместе с матерью по городу «для проверки, кто и каким образом следит» за ними. Заявляла, что шайка имеет две черные машины, называла номера этих машин. Утверждала, что «по ночам эти машины стоят поблизости от дома, чтобы мы не могли никуда убежать». «Фары этих машин время от времени светят в окна нашей комнаты». Вместе с матерью девочка писала письма в милицию с жалобами на «преследователей». Явных обма-

нов восприятия девочка не обнаруживала. После госпитализации матери бредовые высказывания у девочки быстро исчезли, однако критика к прошлым болезненным переживаниям появилась лишь спустя несколько недель под влиянием разубеждений и была неполной.

Бредовые идеи в пубертатном возрасте становятся более завершенными, приближаясь к бреду взрослых. В этом возрасте они впервые начинают складываться в определенные сочетания, свойственные синдромам бредовых расстройств: паранойяльному, параноидному и парафренному. Однако бредовые синдромы отличаются значительным возрастным своеобразием, позволяющим некоторые их варианты рассматривать как преимущественные для пубертатного возраста психопатологические синдромы.

Паранойяльные состояния с бредом толкования в пубертатном периоде встречаются относительно часто, но в большинстве случаев характеризуются неразвернутостью бредовых построений, сравнительной бедностью аргументации, а также определенной возрастной спецификой содержания. Как правило, они монотематичны.

Сравнительно распространенную форму паранойяльных состояний представляет бредовое негативное отношение к родителям, которое может выступать либо в виде бреда отношения, либо в виде бреда чужих родителей. В отличие от рудиментов бредового отношения к родителям, наблюдаемого у детей более младшего возраста, бред отношения к родителям, а тем более бред чужих родителей, в пубертатном возрасте интерпретативный, для его обоснования привлекаются крайне односторонне и извращенно трактуемые доводы. Так, если мать старалась особенно угодить подростку, приготовив его любимые блюда, то он считает, что «мать стремится задобрить меня, чтобы я ей верил, хотя на самом деле меня не любит и может, войдя в доверие, принести вред, даже отравить».

Подростки с бредом «чужих родителей» по отдельным случайным признакам «догадываются, что родители не родные», бесконечно ищут доказательства своей догадки, для чего выспрашивают полузабытые сведения у родственников и знакомых, сверяют документы о рождении, сравнивают свою внешность с внешностью родителей и т. п. Особая одержимость подростков в стремлении доказать идею «чужих родителей», тесная спаянность бреда с особенностями личности (чаще стеничной и ригидной) позволяют рассматривать бред «чужих родителей» как сверхценный бред (по K. Birnbaum, 1915, 1928), т. е. бредовый феномен,

близкий к сверхценной идее. Родственны сверхценным образованиям и другие формы монотематического паранойяльного бреда в пубертатном возрасте. Одна из них, входящая в синдром метафизической (или философической) интоксикации, тесно связана со сверхценными идеями самоусовершенствования, поисков смысла жизни, реформаторства.

Наблюдавшийся нами подросток 16 лет вначале задумывался о совершенствовании своего характера, которым он был недоволен, стал читать специальную педагогическую литературу, изучал системы воспитания Ж. Ж. Руссо, Песталоцци, К. Д. Ушинского. Придя к выводу о несовершенстве существующей системы школьного образования, которая «калечит детский характер», начал разрабатывать свою систему обучения в школах. В ее основу положил принципы «свободы выбора учеником своих учителей», «участия учащихся в составлении программы и расписания занятий», а также «ликвидацию балльной оценки знаний учащихся». Много времени тратил на изложение своих мыслей в специальном труде. Собирался направить письмо в Министерство просвещения СССР с обоснованием необходимости школьной реформы.

В данном наблюдении произошла постепенная трансформация сверхценных идей самоусовершенствования в систематизированный паранойяльный бред реформаторства.

Нередкую форму паранойяльного бреда в пубертатном возрасте представляет дисморфофобический бред, т. е. бред физического недостатка, который является одним из компонентов синдрома дисморфофобии, подробно освещаемого во второй части. Дисморфофобический бред, как правило, развивается на основе сверхценных идей физического недостатка, но в отличие от них не поддается коррекции, нередко бывает нелепым, ведет к грубому нарушению поведения подростка.

Наблюдавшийся нами подросток 15 лет стал высказывать недовольство своим низким ростом, говорил родителям, что он самый маленький в классе, начал систематически и подолгу делать специальные физические упражнения, чтобы быстрее расти. Со временем стал прибегать к разным приемам для маскировки своего малого роста, носил ботинки на толстой подошве, временами ходил на носках, своеобразно выпячивал грудь, подымал плечи, вытягивал шею, надевал высокие шапки и т. п. Стало казаться, что на улице, в транспорте все обращают на него внимание. К 17 годам был целиком поглощен мыслями о своем малом росте, обращался к различным специалистам, в том числе эндокринологам, требовал введения гормона роста или нейрохирургической операции на головном мозге в целях усиления роста. С той же целью разработал для себя особый режим и диету с высоким содержанием животных белков.

Своеобразным вариантом дисморфофобического бреда являются бредовые идеи чрезмерной полноты, наблюдаемые при синдроме нервной или психической анорексии и возникающие также на основе сверхценных переживаний, преимущественно у подростков-девочек. Описание данного синдрома приведено во второй части.

Возникновение дисморфофобического бреда на основе сверхценных переживаний, имеющих особую значимость для личности, сохранение при нем аффективного тона одержимости в реализации, свойственного сверхценным идеям, позволяют относить и эту разновидность бредовых идей к группе сверхценного или кататимного бреда, который рядом авторов рассматривается как «незаконченный», «незавершенный» бредовой феномен [Каменева Е. Н., 1938; Смулевич А. Б., Щирина М. Г., 1972].

Относительная склонность подростков к формированию монотематического сверхценного паранойяльного бреда, вероятно, связана с возрастными особенностями психики подростков, в частности с выделяемым нами преимущественным эмоционально-идеаторным уровнем психического реагирования в условиях патологии, проявлением которого могут также считаться отмеченные Th. Ziehen (1924) «моноидеистические тенденции юношества». Частоту «незавершенных» форм бреда у подростков, по-видимому, обусловливает также незрелость высших форм логического мышления с преобладанием «аффективной» кататимной логики суждений.

Параноидные формы бреда, т. е. бредовые идеи, тесно связанные с нарушениями чувственного познания (например, с галлюцинациями, псевдогаллюцинациями, сенестопатиями и др.), а также обычно сочетающиеся с явлениями психического автоматизма, в пубертатном возрасте имеют значительно более выраженный чувственный компонент в виде особо тесной взаимосвязи с нарушениями перцепции, а также большее участие патологии воображения (патологическое фантазирование) в их происхождении.

Параноидный бред у подростков менее склонен к систематизации, более беден логическими построениями, интерпретативным компонентом по сравнению со взрослыми.

Иногда, прежде всего при параноидной форме шизофрении, параноидный бред развивается на основе предшествующих паранойяльных бредовых идей, например паранойяльных идей отношения к родителям или сверстникам, дисморфофобических бредовых идей. В этом проявля-

7 Заказ № 4692

ется впервые описанная Маньяном общая закономерность динамики хронического бреда: последовательная смена этапов паранойяльного, параноидного, затем парафренного бреда. Однако подобная закономерность при психических заболеваниях у детей и подростков встречается намного реже, чем у взрослых, что можно объяснить прежде всего относительно меньшей продолжительностью психических заболеваний, а также возрастной незрелостью мышления и самосознания.

Чаще параноидный бред в пубертатном периоде возникает остро или подостро, ему обычно предшествует бредовое настроение (по K. Jaspers, 1973), т. е. состояние неопределенной тревоги, напряженности, беспокойства, отсутствия чувства безопасности: все вокруг кажется необычным, угрожающим, приобретает иной смысл. Постепенно на основе этих аморфных эмоциональных переживаний происходит «кристаллизация бреда» (по И. М. Балинскому), т. е. возникают отдельные бредовые умозаключения, как бы создающие субъективное объяснение состоянию тревоги, беспокойства, чувству неопределенности предполагаемой угрозы.

Бредовые идеи (чаще преследования, отношения, отравления, воздействия) вначале отрывочны, мало связаны между собой, сочетаются с разнообразными яркими патологическими ощущениями (сенестопатиями, нарушениями сенсорного синтеза), эпизодическими иллюзиями, галлюцинациями, проявлениями психического автоматизма, сопровождаются интенсивными аффектами страха и тревоги.

Примером острого чувственного параноидного бреда может быть следующее наблюдение.

Оля, 13 лет, была напугана пьяным и вскоре стала тревожной, не находила себе места, боялась выходить на улицу. Все кругом казалось необычным, угрожающим. В вагоне метро глаза у женщин были будто «стеклянные», «мужчины почему-то все имели чемоданчики». Заметила, что родители тоже выглядели необычно, стали очень нервными, «дергались», по-особому смотрели на нее. Спустя 2 дня страх и тревога усилились, с убеждением заявила, что «ее убьют, задушат», ощущала неприятный запах в комнате. Такой же запах исходил и от матери. Испытывала ощущение тяжести в теле. Решила в связи с этим, что кто-то ее отравил. Отмечала наплывы мыслей.

В данном наблюдении имеется очерченный период «бредового настроения». Параноидный бред не систематизирован, фрагментарен. Обращает на себя внимание его неразрывная связь с разнообразными чувственными феноменами.

По миновании острого периода заболевания (шизофрении или экзогенно-органического, редко реактивного психоза) параноидный бред становится более связным, объединенным общей фабулой. Интенсивность и особенно чувственная яркость сенсорных феноменов и аффективных расстройств ослабевают. Вместе с тем более отчетливыми становятся явления психического автоматизма, симптомы деперсонализации.

Вариантом параноидного бреда в пубертатном возрасте является ипохондрический депрессивно-параноидный бред [Сосюкало О. Д., 1973], при котором на фоне тревожно-депрессивного настроения выступают разнообразные ипохондрические бредовые переживания, часто нелепые, сочетающиеся с несистематизированными, отрывочными идеями преследования, отравления, физического воздействия, а также яркими сенестопатиями. Больные заявляют, что у них «рак сердца», «рак в мозгах», «кишки склеиваются», «мозг высыхает», «вены лопаются» и вместе с тем «кто-то отравил», «врачи опыты делают, кровь высасывают, мысли в голове останавливают». Подростки проверяют пищу, которую им дают, внимательно рассматривают и нюхают лекарства и т. д.

Иногда депрессивно-ипохондрические переживания достигают степени ипохондрического варианта нигилистического бреда Котара. Подростки утверждают, что у них «внутренние органы гниют, отмирают, внутри все разлагается», «тело превратилось в труп», «исходит трупный запах». По мнению некоторых исследователей [Сосюкало О. Д., 1973], депрессивно-ипохондрические бредовые синдромы у подростков отличаются от аналогичных синдромов у взрослых большей выраженностью аффекта тревоги и страха, меньшей завершенностью сенсорных и вегетативных компонентов.

Своеобразным вариантом рудиментарного параноидного бреда у подростков с дисгармоническим пубертатным периодом и ускоренным половым созрением является описанный Е. Е. Сканави (1964) «бред переделки», близкий к дисморфомանически-ипохондрическому бреду. Это сверхценно-бредовые переживания «переделки в девочку» или «переделки в старика». Подростки считают, что их «переделывают» или «могут переделать», не спят, боясь, что во сне «вырежут половые органы», «будут делать вливания в грудные железы», с целью «переделки» в мальчиков. Сверхценно-бредовые переживания этого типа, как правило, сочетаются с тактильными галлюцинациями, галлюци-

нациями общего чувства и сенестопатиями в области половых органов, молочных желез.

«Бред переделки», по данным Е. Е. Сканави (1964), может становиться более отвлеченным: подростки говорят о «переделке» в урода, шпиона, фашиста и т. п. Параноидная окраска бредовых идей в этих случаях определяется не только разнообразными сенсопатиями, но и элементами идей воздействия.

Как указано выше, параноидный бред в пубертатном возрасте часто тесно связан с патологическим фантазированием, когда бредовые идеи переплетаются с фантастическими представлениями. Это видно из следующего наблюдения.

Виктор, 14 лет, слабовидящий, с 13 лет стал фантазировать, представляя, как он создаст «шпионское или тайное общество», часами обдумывал разные планы по созданию общества, разговаривал сам с собой. Со временем стал опасаться, что его планы кто-нибудь раскроет, появилась подозрительность, оглядывался, проверяя, не подслушивает ли его кто-либо, закрывал двери, с убежденностью заявлял, что «есть люди, которые подслушивают тайны», «слышал» за дверью обидные разговоры о себе. Через некоторое время начал говорить о существовании «шайки бандитов, которая подкопала под школой-интернатом подземный ход», «бандиты пытают там людей». «Слышал» крики о помощи, доносившиеся из подземелья. Испытывал страхи. Иногда при открытых и закрытых глазах «видел» «летающие гробы», «прозрачных женщин», которые появлялись помимо его воли (наблюдение Г. В. Козловской).

Приведенное наблюдение иллюстрирует переход патологических фантазий в неразвернутый, фрагментарный параноидный бред, сочетающийся со слуховыми галлюцинациями и зрительными псевдогаллюцинациями. Фабула бредовых идей непосредственно почерпнута из содержания патологических бредоподобных фантазий.

В случаях, подобных приведенному, правомерно говорить о бреде воображения (Дюпре), который возникает из бредоподобных фатазий при утрате к ним критического отношения и появлении убеждения в их реальности.

Анализ параноидного бреда у детей и подростков в период его возникновения подтверждает обоснованность отграничения чувственного бреда как феномена, тесно связанного с нарушением восприятия («бред восприятия»), от образного бреда, являющегося преимущественно бредом воображения [Дементьева Н. Д., 1974].

Параноидный бред воображения, развивающийся на основе патологических фантазий, так же как описанный выше сверхценный бред у подростков, относится к «незавершенным» или «неполным» бредовым феноменам. Они

занимают промежуточное положение между развитым бредом и иными формами нарушений познавательной деятельности (сверхценные образования, фантазии воображения).

В то же время параноидный бред воображения близок к фантастическому парафренному бреду, наблюдаемому при шизофрении у подростков с дисгармонией пубертатного периода.

Параноидный бред в пубертатном возрасте чаще встречается в рамках приступообразно-прогредиентной (шубообразной) или непрерывно текущей параноидной шизофрении. Он возможен и при подострых и затяжных экзогенно-органических и соматогенных психозах, например при ревматических психозах, затяжных энцефалитах. В этих случаях бред чаще сочетается с эпизодами помраченного сознания, нарушениями сенсорного синтеза, галлюцинозами, яркими сенестопатически-ипохондрическими переживаниями.

Парафренный бред, т. е. систематизированный фантастический параноидный бред, сочетающийся с идеями величия, а также с конфабуляциями, как этап хронического бреда у подростков встречается редко. Чаще парафренный бред развивается из патологических бредоподобных фантазий и в связи с этим может рассматриваться в рамках бреда воображения, т. е. относится к феноменам незавершенного бреда.

Условно можно выделить два варианта парафренного бреда воображения у подростков. Один из них, более рудиментарный, представляет собой продукт бредовой трансформации патологических фантазий высокого происхождения. Утрата критического отношения к ним ведет к их превращению в более или менее фантастические идеи величия.

Примерами могут быть следующие наблюдения.

Больной П. с 10 лет проявлял повышенный интерес к истории Средних веков и Нового времени. Зачитывался историческими романами. Мог часами фантазировать, воображая себя то королем, то полководцем. В 12 лет стал утверждать, что «он королевского происхождения, Людовик XVII Бурбон». Требовал, чтобы родители называли его Людовиком, оказывали ему «королевские почести». Мать называл «королевой-матерью», целовал ей концы пальцев. Заявлял, что «он самый красивый и самый умный». Ходил горделивой походкой, высоко держа голову. В отделении психиатрической больницы с детьми и персоналом держался свысока, высказывал претензии, что его «кормят пищей не для королей».

Подросток А. с младшего школьного возраста до 16 лет увлекался игрой в солдатики, часами расставлял их, давал имена,

устраивал сложные баталии. С 14 лет стал заявлять о своем якобы дворянском происхождении, утверждал, что он — близкий родственник генерала царской армии Краснокутского. К родителям относился с пренебрежением, называя их «плебеями». Говорил о своей принадлежности к партии монархистов. Излагал «теоретические взгляды на монархизм». В мышлении отмечались явления резонерства.

В обоих случаях полный отрыв подростков от реальности, нелепое поведение, соответствующее содержанию патологических фантазий, убежденность в истинности своих высказываний свидетельствуют о трансформации фантазий в бредовые идеи величия. Однако отсутствие идей преследования и психических автоматизмов не позволяет говорить о завершенном парафренном синдроме.

Другой вариант парафренного бреда воображения, возникающего на основе патологических фантазий, имеет более развернутую парафренную структуру. Этот вариант, описанный В. Н. Мамцевой (1964), характеризуется сочетанием фантастических идей преследования (чаще преследование шайкой бандитов), величия, конфабуляций и иногда рудиментарных автоматизмов и развивается на основе садистических и мазохистических фантазий с самооговорами в принадлежности к шайке, в ограблениях, убийствах и других преступлениях. Одним из важных условий развития подобного бреда является патология влечений (садистическое и мазохистическое извращение влечений), связанная с дисгармоническим пубертатным периодом и ускоренным половым созреванием.

Приводим пример данного варианта парафренного бреда воображения (наблюдение В. Н. Мамцевой) у подростка, больного шизофренией.

Больной В., в 14 лет стал высказывать «странные фантазии». Однажды заявил родителям, что «угнал 25 автомашин и бросил их за городом», уверял, что научился водить машину. Спустя 6 мес сообщил, что «состоит в банде воров, вместе с которыми угоняет автомашины и перевозит на них краденые вещи». Временами исчезал из дома на 2—3 дня, а по возвращении рассказывал, что был задержан милицией за угон автомашины. В возрасте 15 лет стал говорить, что решил разоблачить «банду». Обращался в милицию, описывал «приметы главарей банды», назначал места встречи работников милиции с бандой. Неоднократная проверка показаний В. ни разу их не подтвердила. Было установлено, что водить машину он не умеет. Госпитализирован в психиатрический стационар. Считал, что «проходит экспертизу для работы в органах по разоблачению преступников». Настроение было приподнятым. Продолжал утверждать, что «состоит в банде воров», «угнал полно автомашин с каждой автобазы города, всего 50 или 75 штук». Сообщал, что «банда состоит из 26 человек, которые друг друга не знают, чтобы не выдавать». Сам он «играет важную роль в банде», так как перевозит краденые вещи. Главари банды ему покровительствуют. Теперь он «решил разоблачить бан-

ду». Заявлял, что участники банды, заподозрив это, начали его преследовать: «однажды они меня порезали за то, что не согласился участвовать в краже». Сообщает, что «неоднократно участвовал в ножевых драках, находился в колонии для малолетних правонарушителей», что не соответствует действительности.

В дальнейшем во время ремиссии после проведенного лечения считал свои рассказы о банде проявлением болезни: «все это позади, все прошло, ходил в каком-то тумане, казалось, в самом деле ворую машины».

В данном наблюдении патологические фантазии со временем приобрели вид незавершенных бредовых феноменов парафренного типа. О бредовой окраске переживаний говорят полная убежденность больного в их истинности (уверен, что «проходит экспертизу для работы в органах по разоблачению преступников»), их выраженное влияние на все поведение, относительная стойкость и систематизированность. Эти признаки, а также отсутствие связи с определенной психотравмирующей ситуацией отличают фантастические переживания подростка от психогенных бредоподобных фантазий у взрослых [Свириновский Я. Х., 1963; Ганнушкин П. Б., 1964; Birnbaum K., 1908; и др.].

Несмотря на явно бредовые переживания больного, их детективно-приключенческое содержание типично для фантазий, свойственных подросткам.

Принадлежность к идеям парафренного типа определяется близостью переживаний к фантастическому бреду преследования, конфабуляторным компонентам, рудиментами идей величия, эйфорическим фоном настроения. Обращает на себя внимание типичная динамика идей преследования с превращением больного в «преследуемого преследователя».

Наблюдения В. Н. Мамцевой (1964) показывают, что возможна дальнейшая эволюция рудиментарного парафренного бреда воображения у подростков в относительно завершенную систему фантастически-конфабуляторного бреда с отчетливыми проявлениями психического автоматизма, в частности идеями воздействия, псевдогаллюцинациями и псевдогаллюцинаторными псевдовоспоминаниями.

Наблюдавшийся В. Н. Мамцевой больной В. спустя 3 года после возникновения бреда участия в банде стал заявлять, что «банда, в которой он состоит, рассеяна по всем городам страны», а сам он «находится под влиянием марсиан, которые прибыли на землю для спасения людей». Сообщал, что еще несколько лет назад во время пребывания в пионерлагере «встречался с марсианами в лесу». Описывал марсиан, которых тогда «видел», как «существ с короткими ногами и загадочными аппаратами, от них идут провода». Вел себя нелепо, молился марсианам.

Ложное узнавание

Среди бредовых и близких к ним феноменов, встречающихся в детском и подростковом возрасте, почти совершенно не изучены симптомы ложного узнавания (синдром Капгра, «иллюзии двойников»), т. е. «неузнавание» близких и других знакомых людей, «узнавание» в них других, подставных лиц, часто враждебно настроенных к больному (симптом отрицательного двойника) или, наоборот, принятие незнакомых за родственников или знакомых (симптом положительного двойника). У детей проявления ложного узнавания фрагментарны, нестойки, как правило, включены в структуру различных психопатологических состояний. Так, В. М. Башина (1980) описывает иллюзии отрицательного двойника при рудиментарных депрессивно-бредовых состояниях в рамках шизофрении у детей 6—8 лет. Дети эпизодически воспринимали родителей в облике злых зверей или, реже, считали, что «родителей подменили».

Наблюдаемая нами девочка 7 лет, больная шизофренией, временами воспринимала мать как «колдунью», с озлоблением говорила ей: «Уйди, колдунья».

По данным В. Н. Мамцевой с соавт. (1977), симптомы ложного узнавания часто сочетаются с бредом воображения и ложными воспоминаниями.

Наблюдавшийся ими мальчик 8 лет, встретив однажды приятельницу своей бабушки, «узнал» в ней женщину, которая якобы, когда ему было 5 лет, «пыталась отравить, предложив выпить воду со ртутью, которую я сразу выплюнул». С убежденностью говорит об этом. Отчетливо «вспомнил», «как ртуть из стакана разлилась по полу и укатилась под батарею». На улице иногда «узнает» эту женщину среди прохожих, «видит» ее около школы.

В этом наблюдении явления ложного узнавания сочетаются с рудиментарными бредовыми идеями преследования, отравления. Вместе с тем в возникновении ложного узнавания ведущая роль, по-видимому, принадлежит псевдогаллюцинаторному псевдовоспоминанию. В пользу этого говорит яркость описываемой мальчиком сцены ложного воспоминания, четкость отдельных деталей («ртуть из стакана разлилась по полу и укатилась под батарею»), стойкость сохранения ложного воспоминания, свидетельствующая о доминировании данного представления в сознании ребенка и его относительной непроизвольности. Согласно В. Х. Кандинскому (1952), при псевдогаллюцинаторном псевдовоспоминании «какое-нибудь представление, создан-

ное фантазией больного, мгновенно становится псевдогаллюцинацией зрительной или слуховой, и эта псевдогаллюцинация ошибочно принимается сознанием больного за живое воспоминание действительного факта, совершившегося в далеком или недавнем прошлом». В. Х. Кандинский подчеркивает большую интенсивность, отчетливость и относительную независимость от воли больного представления, лежащего в основе псевдогаллюцинаторного псевдовоспоминания. Перечисленные критерии псевдогаллюцинаторных псевдовоспоминаний достаточно полно представлены в приведенном наблюдении В. Н. Мамцевой с соавт. Роль псевдогаллюцинаторного псевдовоспоминания в генезе ложных узнаваний подтверждается и их сочетанием с бредом воображения (идеи преследования и отравления), для которого, как считает В. М. Морозов (1975), характерен феномен воспоминания пережитого (или якобы пережитого.— *В. К.*) ранее и потом забытого, о чем упоминалось выше.

В литературе отмечена важная роль псевдогаллюцинаторных псевдовоспоминаний в происхождении ложных узнаваний у взрослых [Краснов В. Н., 1975].

Приведенные краткие примеры говорят о том, что интерпретативный (т. е. идеаторный) компонент при ложных узнаваниях у детей вплоть до препубертатного возраста рудиментарен, не разработан. Преобладает образный, иллюзорный компонент, что затрудняет отграничение ложных узнаваний от описанных выше иллюзий второй группы (с искажением или трансформацией образов восприятий).

В подростковом возрасте проявления ложных узнаваний усложняются в результате усиления интерпретативного (т. е. собственно бредового) компонента. Ложные узнавания у подростков чаще наблюдаются в острых психотических состояниях, в частности при онейроидных состояниях. Как правило, они сочетаются с ярким чувственным бредом, псевдогаллюцинациями, различными психическими автоматизмами.

Так, наблюдавшаяся нами больная 16 лет с онейроидно-кататоническим приступом шизофрении заявляла, что за ней «следят», «видела» на улице соседок по квартире, которые «показывали правильный путь, чтобы уйти от преследователей». Находясь в стационаре, «узнавала» среди персонала знакомых учителей, которые «разыгрывали для меня разные сцены из школьной жизни».

Симптом положительных двойников в данном наблюдении характеризуется отчетливым интерпретативным ком-

понентом и тесно связан с бредовыми идеями преследования и инсценировки.

Возрастная эволюция симптомов ложного узнавания от форм с преобладанием чувственного, иллюзорного компонента к интерпретативно-бредовым феноменам подтверждает мнение ряда авторов о психопатологической неоднородности ложных узнаваний, которые включают иллюзорные, интерпретативные, дисмнестические компоненты, а также бредоподобные фантазии, тесно связанные с псевдогаллюцинаторными псевдовоспоминаниями [Лаврецкая Э. Ф., 1970; Краснов В. Н., 1975]. Отсюда вытекает условность отнесения ложных узнаваний к бредовым феноменам.

Симптомы ложного узнавания изучались почти исключительно у больных шизофренией (а также у больных хроническими бредовыми психозами согласно номенклатуре французских психиатров). Нозологические особенности психопатологии данного симптомокомплекса при других психических заболеваниях пока остаются неизученными как у взрослых, так и у детей.

Анализ возрастной эволюции бредовых феноменов в детском возрасте, начиная от таких рудиментов бреда, как страхи с бредовым содержанием, и кончая развернутым параноидным бредом, подтверждает мнение Г. Е. Сухаревой (1955) о том, что в истоках бредообразования у детей и подростков патология чувственной сферы познания играет относительно бо́льшую роль по сравнению со взрослыми. Вместе с тем рассмотрение психопатологических особенностей и развития бредовых образований в детском возрасте убедительно свидетельствует о важной роли нарушений чувственного познания и патологии аффективности в происхождении бредовых идей вообще. Сравнительно-возрастное изучение бредовых феноменов у детей и подростков лишний раз подтверждает правильность представлений советских психиатров [Гиляровский В. А., 1938; 1954; Кербиков О. В., 1949; Сухарева Г. Е., 1955, 1974, и др.], которые, основываясь на ленинской теории отражения, объясняют генез бреда с позиций диалектического единства чувственного и абстрактного познания. Особое значение для понимания происхождения бреда, в том числе и в детском возрасте, имеет положение О. В. Кербикова (1959) о том, что «патология познавательной деятельности может возникать в момент диалектического перехода от чувственного, непосредственного познания к познанию опосредствованному, абстрактному».

Данные о возрастной эволюции бредовых феноменов у детей и подростков убедительно говорят против методологически ошибочной субъективно-идеалистической концепции K. Jaspers (1973) о «примарном бреде», который якобы не может быть выведен ни из нарушений чувственной сферы, ни из эмоциональных нарушений.

Вместе с тем, как подчеркивает О. В. Кербиков (1949), бред, представляющий расстройство высшего уровня познавательной деятельности, не может быть просто сведен к нарушениям чувственной и соматогуморальной сферы, несмотря на то, что в них лежат источники бреда. В этой связи важно указание Г. Е. Сухаревой (1974): «Патологическая бредовая убежденность всегда возникает только при нарушении критики».

Таким образом, возникновение бреда можно продуктивно объяснить только в свете диалектического взаимодействия нарушений чувственного и абстрактного познания.

Нарушения темпа и логического строя мышления

Среди различных расстройств мышления при психических заболеваниях в детском возрасте нарушения его темпа и логического строя (по Б. В. Зейгарник, 1958) встречается значительно чаще, чем болезненные идеи.

Нарушения темпа мышления у детей и подростков, как и у взрослых, проявляются в виде замедления мыслительных процессов (брадифрения) и ускорения течения мыслей. Последнее наблюдается в основном у подростков при маниакальных или гипоманиакальных состояниях. Как правило, такое ускорение умеренное, оно никогда не достигает «скачки идей», описываемой при маниакальных состояниях у взрослых. Обычно у подростков в этих случаях отмечается лишь определенное оживление идеаторных процессов, склонность к более легкому возникновению различных ассоциаций, нередко весьма отдаленных, ускоренный переход от одной мысли к другой с некоторой непоследовательностью мышления.

Гораздо большее клиническое значение имеет замедление мыслительных процессов (брадифрения) с замедленным осмыслением, относительной бедностью ассоциаций, медленной и немногословной, нередко обедненной речью. Брадифрения может быть одним из компонентов психоорганических синдромов при текущих органических заболеваниях или последствиях органических поражений голов-

ного мозга разного происхождения. Она, как правило, сочетается с проявлениями церебрастении, а нередко также с адинамией, снижением уровня побуждений, вялостью.

Выраженная брадифрения, сочетающаяся с патологической обстоятельностью мышления, наблюдается при неблагоприятно текущей эпилепсии. В этом случае особенно выражены замедление и обеднение речи (олигофазия).

Брадифрения резко затрудняет усвоение больными программы обычной школы, поскольку они не могут заниматься в одном темпе со здоровыми детьми. Большее или меньшее усвоение программы возможно лишь при переводе ребенка с брадифренией на индивидуальное обучение с работой в медленном темпе.

Выраженная брадифрения, особенно сопровождающаяся значительным отставанием в учебе и общей педагогической запущенностью, может создавать ошибочное впечатление умственной отсталости. Однако беседа и специальное психологическое обследование ребенка в медленном темпе, как правило, позволяют выявить сохранность абстрактно-логических операций даже при небольшом запасе знаний.

Основными формами нарушений логического строя мышления у детей и подростков являются патологическая обстоятельность, нецеленаправленность, непоследовательность, разорванность мышления, а также паралогическое мышление и резонерство.

Патологическая обстоятельность выявляется преимущественно у детей школьного возраста и выражается в виде чрезмерной детализации, «застревания» на мелких, нередко второстепенных и ненужных деталях при сообщении о чем-либо, пересказе содержания прочитанной книги, просмотренного кинофильма. В основе патологической обстоятельности лежат, с одной стороны, инертность, сниженная переключаемость психических процессов, а с другой — затрудненная дифференцировка существенных и несущественных признаков предметов и явлений. Патологическая обстоятельность мышления наиболее свойственна детям и подросткам, больным эпилепсией, в стадии выраженных проявлений заболевания. Она наблюдается и при психоорганических синдромах, особенно сопровождающихся интеллектуальной недостаточностью.

Частым видом расстройства логического строя мышления является нарушение целенаправленности мыслительных процессов, которое можно выявить уже в преддошкольном (3—4 года) и дошкольном возрасте. У детей

младшего возраста нарушение целенаправленности мышления выражается главным образом в хаотичной деятельности, частой диссоциации высказываний о предстоящих, намечаемых действиях и самих действий (девочка во время игры с куклой говорит: «Катя легла спать», но вместо того, чтобы уложить куклу в кровать, начинает «водить» ее по комнате). Одним из проявлений нецеленаправленности мышления могут быть «бездумные», внешне нелепые ответы на вопросы.

Все это свидетельствует о том, что при данном виде нарушения мышления страдает, по образному выражению С. С. Корсакова (1954), «направляющая сила ума», т. е. функция мышления, которая регулирует и делает целенаправленными как внешние действия, так и психические процессы. Частым следствием этого становится ослабление или утрата связи между речью и произвольной деятельностью. Правильная словесная формулировка того или иного действия, повторенная ребенком вслед за врачом или воспитателем, не помогает адекватному выполнению самого действия, тогда как наглядное действие или жест врача или воспитателя ведут к правильному выполнению задания.

В школьном возрасте нарушение целенаправленности мышления проявляется главным образом в снижении продуктивности интеллектуальной деятельности, в потере ребенком конечной цели задания при осуществлении двух или нескольких промежуточных действий, что особенно отрицательно сказывается на решении задач по математике и выполнении других заданий, состоящих из нескольких последовательных логических операций.

Нарушение целенаправленности мышления характерно для психоорганических синдромов при последствиях мозговых инфекций и травм, а также при текущих органических заболеваниях головного мозга. Особенно отчетливо оно выражено в случае так называемого лобного варианта психоорганического синдрома, при котором преимущественно страдают функции лобных долей полушарий большого мозга [Лурия А. Р., 1970]. Нарушение целенаправленности мышления при этом сочетается со снижением уровня побуждений, недостаточностью критики и преобладанием эйфорического фона настроения.

Непоследовательность мышления может рассматриваться как патологическое явление лишь начиная с 10—11-летнего возраста. Детям более младшего возраста из-за синкретизма мышления [Piaget J., 1967], т. е. мышления слит-

ными, нерасчлененными ситуациями и образами, та или иная непоследовательность суждений свойственна в норме.

В препубертатном и пубертатном возрасте непоследовательность мышления может проявляться в возникновении случайных ассоциаций во время беседы, в «уходе в сторону» от основной темы разговора, в нарушении последовательности выполнения тех или иных школьных заданий, особенно математических действий.

Непоследовательность мышления характерна для психоорганических синдромов и церебрастенических состояний разного происхождения. Она усиливается по мере нарастания утомления.

Наиболее выраженная непоследовательность мышления свойственна состояниям помраченного сознания. В частности, она всегда наблюдается даже при легком оглушении. Особенно грубые непоследовательность и хаотичность мышления отмечаются при спутанности сознания (аментивное состояние), когда мышление становится бессвязным. Последовательность мышления нарушается меньше при так называемой астенической спутанности [Мнухин С. С. и др., 1968], нередко возникающей при общих и мозговых инфекциях у детей и подростков.

Разорванность мышления похожа на его непоследовательность, но отличается отсутствием содержательной стороны высказываний, их выхолощенностью, непонятностью, неожиданностью. Этот вид нарушения логического строя мышления может встречаться уже у детей дошкольного возраста.

В монографии А. Н. Чеховой (1963) приводится наблюдение девочки $4^1/_2$ лет, больной шизофренией. Она произносит без четкой связи с ситуацией следующую фразу: «А я кручу папиросу, а почему папиросу, а может папочку-росу? А может быть не папиросу, а пирожное, если папочка — пирожное, то мама будет крем».

В этой же работе описан больной шизофренией мальчик 7 лет, который совершенно неожиданно, без какой-либо связи с ситуацией, произносил: «Спасибо, голубчик, что я — не Катя. Тетеньки, дяденьки, будьте любезны, посмотрите на мой любезный пальчик» и т. п.

Безличностное отношение, по мнению Б. В. Зейгарник (1958), свойственное разорванному мышлению у взрослых, по нашим наблюдениям, присуще и детям.

Некоторое сходство с разорванностью мышления может иногда иметь непоследовательность мышления при психоорганических синдромах с интеллектуальной недостаточностью. Однако в таких случаях, несмотря на отсутствие логических соотношений между отдельными высказываниями, как правило, имеется их связь с ситуацией, а также

не утрачивается личностное отношение к ним, та или иная заинтересованность в их содержании. Кроме того, отсутствуют непонятность, неожиданность.

К разорванности близко примыкает паралогическое, вычурное и резонерское мышление.

При паралогическом мышлении образуемые больными суждения отличаются неожиданностью, отсутствием логической связи с предшествующими мыслями и представлениями, оторванностью от ситуации.

Мальчик И., $5\frac{1}{2}$ лет, на вопрос, что ему не нравится в больнице, неожиданно ответил: «Я не знаю, какая буква будет после буквы б, может быть, э».

По нашему мнению, к паралогическому мышлению относятся также описываемые в патопсихологии явления «соскальзывания», т. е. внезапного перехода на неадекватные, случайные ассоциации, с абстракций на конкретные понятия, а также «разноплановость» мышления, т. е. переплетение адекватных обобщений со случайными ассоциациями, не относящимися к основной тематике мыслительного процесса [Зейгарник Б. В., 1958]. Например, мальчик 7 лет (наблюдение из монографии А. Н. Чеховой, 1963) заявляет: «Без мамы хуже, чем в крокодиловой пасти валяться».

Паралогическое мышление иногда выявляется в виде неадекватных обобщений при психологическом исследовании.

Мальчик Ж., 13 лет, в задании на классификацию объединяет тарелку и лодку, исходя из того, что они «имеют общий признак — емкость». Больной В., $8\frac{1}{2}$ лет, при исследовании памяти с помощью пиктограммы к слову «ночь» подобрал рисунок лейки, объяснив это тем, что «внутри лейки темно, как ночью».

Разновидностью паралогического мышления является вычурное мышление, в основе которого лежит подмена конкретных понятий, названий и адекватных реальной ситуации суждений выхолощенными, витиеватыми, псевдоабстрактными обозначениями и фразами.

Больной А., 14 лет, для обозначения всякой совокупности, собрания предметов употреблял термин «потребности», а описание того или иного события называл «летописью». Больной Г., 11 лет, вместо просьбы дать ему хлеб с буфета говорит матери: «Дай мне что-то лежащее на буфете, завернутое в салфетку».

Сюда можно отнести и формирование неожиданных обобщений по малозначимым, случайным признакам. Так, подросток 14 лет с последствиями раннего органического поражения головного мозга в задании на классификацию

при патопсихологическом обследовании объединяет метлу и телегу, так как «они являются устарелыми предметами».

Паралогическое мышление чаще встречается у детей и подростков, больных шизофренией, но возможно и у детей с психоорганическим синдромом. В последнем случае оно сочетается с конкретностью и ситуативностью мышления.

Для понимания сущности паралогического мышления, прежде всего при шизофрении, имеет значение современное представление о патопсихологических механизмах нарушения избирательности актуализации знаний в виде повышения готовности к актуализации латентных, субдоминантных, «слабых» сведений [Поляков Ю. Ф., 1972].

Нередкой формой нарушения мышления у детей школьного возраста и подростков является резонерство, т. е. своеобразное пустое, бессодержательное и не ведущее к конкретным выводам рассуждательство. Особенно выхолощенное, бессодержательное резонерство бывает при шизофрении.

Например, мальчик 8 лет, страдающий вялотекущей шизофренией, временами издает своеобразное мычание при разговоре, объясняя это таким образом: «Я мычу, чтобы не пищать, а не пищу, чтобы две мыши не сошлись в одну».

Наряду с резонерством эта бессмысленная фраза отчетливо иллюстрирует вычурность и паралогичность мышления ребенка. Резонерское мышление наблюдается не только при шизофрении, но и у детей, больных эпилепсией с интеллектуальным снижением, а кроме того, при психоорганических синдромах у детей с гидроцефалией. Резонерство у больных эпилепсией является не столько пустым, бессодержательным рассуждательством, сколько нанизыванием деталей описываемых объектов или ситуаций в связи с патологической обстоятельностью мышления. Резонерство при гидроцефалии обычно лишено вычурности и парадоксальности, свойственных резонерству больных шизофренией.

Глава 7

ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНО-МНЕСТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

Выделение интеллектуальных расстройств среди других нарушений познавательной деятельности, их изложение отдельно от расстройств мышления сугубо условны и продик-

тованы в основном потребностями клинической и дефектологической практики. Хотя понятие «интеллект» в современной психологии весьма неопределенно и спорно и в связи с этим часто не рассматривается в отечественных руководствах по общей психологии, интеллектуальные расстройства занимают важное место в психопатологии. Особое практическое значение имеют нарушения интеллекта в детском возрасте.

Из многих определений интеллекта, предложенных психологами и психиатрами [Stern W., 1916; Schneider K., 1931, цит. В. М. Морозов, 1963; Piaget J., 1967; Jaspers K., 1973, и др.], следует, что этим термином обозначается мыслительная способность или, скорее, совокупность способностей человека, обеспечивающая правильное понимание требований жизни и адекватное приспособление к ним. Применительно к детскому возрасту эта способность должна оцениваться с учетом возрастного уровня развития, мышления, в частности изложенных выше представлений об этапах развития мышления у ребенка.

Хотя интеллект рассматривается большинством психологов как целостное образование, тесно спаянное с личностью, для клинической психиатрии, в том числе для психиатрии детского возраста, сохраняет определенное практическое значение предложенное K. Jaspers (1973) условное разграничение собственно интеллектуальной деятельности и так называемых предпосылок интеллекта. К ним обычно относят память, запас знаний, активное внимание, речевое развитие, а также психическую активность и работоспособность.

Расстройства интеллектуальной деятельности в клинике психических заболеваний у детей и подростков, как правило, выступают в рамках более или менее сложных психопатологических синдромов, часто являясь основной частью в их структуре.

Главными психопатологическими синдромами, в которых интеллектуальным расстройствам принадлежит ведущая роль, можно считать синдромы слабоумия (включая синдромы деменции, т. е. приобретенного слабоумия, и олигофрении, т. е. врожденного слабоумия), психоорганические синдромы, а также недостаточно дифференцированную и изученную группу состояний псевдослабоумия.

Изложение всего круга вопросов, связанных с интеллектуальными расстройствами, выходит за рамки наших задач. В данном разделе будут рассмотрены некоторые основные синдромы интеллектуальных расстройств, а также

интимно связанные с ними нарушения памяти. Нарушения памяти — важный компонент многих синдромов интеллектуальных расстройств, и мы начнем раздел с описания психопатологии нарушений памяти.

Нарушения памяти

Психопатология расстройств памяти в детском возрасте разработана сравнительно мало, что объясняется как недостаточностью знаний по возрастной эволюции памяти, так и методическими трудностями изучения нарушений памяти у детей ввиду возрастной недифференцированности ее компонентов и неточности словесного отчета ребенка.

Грубые и стойкие расстройства памяти, встречающиеся у взрослых, в детском возрасте наблюдаются сравнительно редко.

Амнезия у детей обычно проявляется полным или частичным выпадением воспоминаний о впечатлениях, имевшихся в период помраченного сознания. Такие состояния, как кома, сопор, выраженное оглушение, сумеречное помрачение сознания, аментивное состояние, сопровождаются полной амнезией. При других формах помраченного сознания (делирий, онейроид, легкое оглушение) амнезия может быть частичной, парциальной.

Особую форму амнезии представляют наблюдающиеся при алкоголизации подростков палимпсесты (от греч. palimpesest — соскоб), т. е. выпадение воспоминаний о событиях и поведении в период опьянения. В отличие от взрослых, палимпсесты у подростков возможны при первых алкогольных опьянениях. Этому способствуют черепно-мозговые травмы и мозговые инфекции в анамнезе, а также эпилептоидная акцентуация характера [Личко А. Е., 1979].

Ретроградная амнезия, т. е. утрата воспоминаний о событиях, предшествовавших психическому заболеванию или помрачению сознания, у детей и подростков, как правило, охватывает короткий отрезок времени и выражена неотчетливо.

Наиболее частым расстройством памяти в детском и подростковом возрасте является дисмнезия (термин предложен Valenzi), т. е., согласно В. М. Морозову (1959), сочетание ослабления способности запоминания с нарушением сохранения (ретенции) и воспроизведения (репродукции) материала памяти. В отличие от амнезии нарушения отдельных сторон памяти при этом не столь глубоки. Как

правило, прежде всего страдает запоминание и особенно воспроизведение недавних событий, а также вновь усвоенных сведений, например, недавно приобретенных школьных знаний, содержания прочитанных книг, просмотренных кинофильмов и т. п.

Дисмнестические нарушения более отчетливо выявляются у детей школьного возраста. В дошкольном возрасте признаками дисмнестических расстройств могут быть замедленное запоминание стихов и песен, затруднения в воспроизведении содержания неоднократно прочитанных ребенку сказок и рассказов, быстрое забывание имен знакомых детей, а также имен персонажей из прочитанных книг.

У детей младшего возраста выявить дисмнестические нарушения труднее ввиду того, что память в этом возрасте в основном образная, а не словесно-логическая. О недостаточности мнестических функций у ребенка младшего возраста можно судить по тому, что он быстро забывает, где шкафчик с одеждой в детском саду, где висит его полотенце, с трудом находит свою игрушку или какую-либо часть одежды среди подобных предметов, принадлежащих другим детям. Расстройства памяти в этом случае проявляются преимущественно в нарушениях функции узнавания, которая при расстройствах памяти у детей более старшего возраста и у взрослых страдает редко.

Легкие преходящие дисмнестические расстройства у детей школьного возраста наблюдаются при церебрастенических состояниях разного происхождения.

Более выраженные и стойкие дисмнестические нарушения в большинстве случаев являются компонентом в структуре психоорганических синдромов, а также одним из частных проявлений различных состояний интеллектуальной недостаточности, включая как умственную отсталость, так и многие формы задержки интеллектуального развития. Наиболее выраженные дисмнестические нарушения наблюдаются при состояниях органической деменции разного генеза.

Патологические обманы памяти — парамнезии у детей и подростков почти не изучены. По нашим наблюдениям, амнестический синдром (корсаковский и корсаковоподобный) в детском и подростковом возрасте изредка (значительно реже, чем у взрослых) может включать псевдореминисценции, т. е. ложные воспоминания со сдвигом во времени действительных событий. Так, ребенок, находящийся в больнице, может сообщить, что утром ви-

делся с матерью, которая якобы передала ему сладости, хотя на самом деле мать навещала его неделю назад.

Значительно чаще у детей и младших подростков встречаются конфабуляции, т. е. «воспоминания» о событиях, никогда не происходивших. В связи с интенсивной деятельностью воображения конфабуляции, как правило, расцвечены разнообразными красочными или даже фантастическими деталями. Конфабуляции чаще наблюдаются в структуре патологических фантазий и рудиментарных парафренных состояний, где они сочетаются с бредом воображения [Мамцева В. Н., 1964; Мамцева В. Н. и др., 1977].

Пример подобного рудиментарного парафренно-конфабуляторного состояния (наблюдение В. Н. Мамцевой, 1964), при котором больной 14 лет высказывал фантастические ложные воспоминания о «встречах с марсианами», приведен в главе 6. Подобные конфабуляции описаны в основном при шизофрении.

Как указывалось выше, у детей могут встречаться псевдогаллюцинаторные псевдовоспоминания, обычно также сочетающиеся с патологическими фантазиями и бредом воображения.

Кроме того, в детском возрасте, особенно у детей до 10 лет, относительно часты иллюзии памяти, т. е. ошибки памяти, связанные с отсутствием четкого разграничения правды и вымысла.

Психопатологически наиболее очерченным, хотя и редко встречающимся в детском возрасте, сочетанием расстройств памяти является амнестический (корсаковский или корсаковоподобный) синдром. Он встречается только у детей старше 9—10 лет и у подростков. Для амнестического синдрома у детей, как и у взрослых, характерно выраженное расстройство памяти на текущие события и впечатления, связанные с тяжелым нарушением запоминания (фиксационной амнезией) и воспроизведения. В то же время память на прошлые события, предшествующие заболеванию, почти не нарушена. Сохранены полученные школьные знания. Особенно сильно страдает словесная память. Дети даже при многократном повторении не могут уже через 5 мин воспроизвести заданное имя, сказанную фразу, содержание короткого отрывка из книги. Работы некоторых авторов [Ковалев В. В., 1957; Grühnthal E., 1923, и др.] говорят о том, что при амнестическом синдроме больше страдает воспроизведение, а не запоминание.

В более тяжелых случаях больные могут по нескольку раз здороваться с одним и тем же лицом и даже забывать вскоре после еды, ели ли они. Тем не менее нарушений узнавания не наблюдается.

При тождестве основных проявлений амнестического синдрома у детей и взрослых имеются и существенные отличия. Так, свойственная обычно взрослым больным с корсаковским синдромом амнестическая дезориентировка, т. е. дезориентировка во времени, месте, ближайшем окружении, у детей редуцирована и касается только более сложных форм ориентировки во времени (ребенок путает числа, дни недели). Грубой дезориентировки во временах года и времени дня нет. Не встречалось случаев, чтобы ребенок не находил своей кровати.

У детей и подростков с амнестическим синдромом редко бывают обманы памяти (парамнезии).

Амнестический синдром в детском возрасте сравнительно непродолжителен (от нескольких недель до $2^1/_2$ мес, по данным Г. Е. Сухаревой, 1955), расстройства памяти в значительной мере обратимы. Чаще, чем у взрослых, встречается транзиторный амнестический синдром. Он кратковременный (1—3 нед) и заканчивается полным восстановлением мнестических функций.

У детей амнестический синдром описан при тяжелом туберкулезном менингите [Лапидес М. О., 1948], в подостром периоде черепно-мозговой травмы (Е. А. Осипова, 1940, цит. по Г. Е. Сухаревой, 1955). Атипичные формы амнестического синдрома в сочетании с более выраженной ретроградной амнезией и преходящим выпадением ряда приобретенных знаний и навыков наблюдались нами при последствиях клинической смерти у детей.

Синдромы слабоумия

Понятие слабоумия, хотя и относится к числу наиболее старых психиатрических понятий, до настоящего времени не имеет общепринятого толкования. Большинство существующих определений применимы лишь к состояниям приобретенного слабоумия, деменциям.

Предложенное К. Шнейдером образное обобщающее определение слабоумия как «негатива интеллекта» недостаточно четко в психопатологическом отношении.

Исходя из различных определений слабоумия [Гиляровский В. А., 1938; Морозов В. М., 1963; Schneider K., 1931,— цит. по В. М. Морозову, 1963; Jaspers K., 1973, и др.], главными критериями любого слабоумия следует

считать, во-первых, стойкую недостаточность интеллектуальной деятельности, возникшую либо в результате ее распада и снижения, либо вследствие недоразвития интеллектуальных способностей, и, во-вторых, выраженное затруднение или даже невозможность усвоения новых знаний и нового опыта, не зависящее от нарушения сознания.

Если слабоумие стало результатом снижения или распада более или менее сформированных интеллектуальных способностей, то говорят о деменции, или приобретенном слабоумии. Одним из его важных признаков является полная или частичная малообратимая или необратимая утрата ранее приобретенных знаний и практического опыта [Морозов В. М., 1963].

В отличие от деменции, олигофрения, или врожденное слабоумие, имеет в своей основе не распад или снижение, а недоразвитие интеллекта и познавательной деятельности в целом как следствие задержки или приостановки развития познавательных процессов в раннем постнатальном периоде.

Несмотря на относительную четкость критериев разграничения деменции и олигофрении, граница между приобретенным и так называемым врожденным слабоумием тем более условна, чем меньше возраст ребенка. В детском возрасте, особенно в раннем детстве, когда познавательные процессы развиваются наиболее интенсивно, любое психическое заболевание или патологическое состояние, ведущее к снижению познавательной деятельности, а тем более к распаду наличных интеллектуальных функций, обязательно сопровождается задержкой или приостановкой интеллектуального развития. У детей раннего возраста (до 3 лет) значение нарушения развития познавательных функций и интеллектуальных процессов обычно преобладает над значением повреждения и распада интеллектуальных функций, поскольку они, как правило, еще недостаточно развиты, рудиментарны. В связи с этим, а также трудностью и нередко невозможностью отграничить приобретенное и врожденное слабоумие в раннем детском возрасте Г. Е. Сухарева (1965, 1972) рекомендует любые случаи слабоумия, возникшего до 3 лет жизни и не связанного с прогрессирующими психическими заболеваниями (шизофрения, эпилепсия, органические заболевания головного мозга), условно относить к олигофреническому слабоумию (умственной отсталости). Вместе с тем слабоумие, обусловленное шизофренией, эпилепсией и прогрессирующими органическими заболеваниями, возникшими в первые годы

жизни ребенка, как правило, также приобретает сходство с олигофреническим слабоумием, в связи с чем в этих случаях говорят об олигофреноподобных состояниях.

При возникновении деменции у детей старше 3 лет отграничение приобретенного слабоумия от олигофренического, как правило, возможно, а дифференциация деменций, возникших в конце дошкольного периода и в школьном возрасте, с олигофреническим слабоумием обычно не представляет значительных затруднений. При деменции, как правило, имеется период нормального развития познавательных процессов до первых проявлений нервно-психического заболевания.

Общими психопатологическими признаками деменции (в отличие от олигофренического слабоумия) являются более или менее выраженная мозаичность психических нарушений, неравномерность снижения отдельных познавательных функций с возможностью относительной сохранности одной или нескольких из них, наличие определенного запаса сведений, представлений и словарного запаса, свидетельствующее о периоде ненарушенных познавательных функций, несоответствие между имеющимся запасом знаний и низкими возможностями их реализации, а также несоответствие между глубиной личностных расстройств (выраженное снижение критики, утрата высших эмоций, резкая слабость побуждений) и интеллектуальной недостаточностью. Важным признаком следует также считать значительные нарушения так называемых предпосылок интеллекта (особенно памяти, внимания, психической активности и работоспособности, целенаправленности психической деятельности), которые нередко преобладают над расстройствами понимания и осмысления, нарушениями процессов обобщения и другими расстройствами абстрактного познания в узком смысле слова.

Из различных классификаций приобретенного слабоумия наибольшее практическое значение в детской психиатрии имеет классификация деменций на основе психопатологических особенностей, связанных с вызвавшими их заболеваниями, а именно подразделение на органическую, эпилептическую и шизофреническую деменцию.

Органическая деменция возникает в результате органического поражения головного мозга инфекционного, травматического, токсического происхождения, а также вследствие текущих органических заболеваний головного мозга (нейроревматизм, нейросифилис, наследственно-дегенеративные заболевания и др.).

Интеллектуальный дефект при органической деменции сочетается с проявлениями психоорганического (энцефалопатического) синдрома, важнейшими компонентами которого, согласно E. Bleuler (1955), являются снижение памяти, расстройства поведения и аффективные нарушения.

У детей проявления органической деменции имеют определенное возрастное своеобразие. Так, в раннем детском и дошкольном возрасте на первый план выступают утрата или ослабление приобретенных ранее навыков (моторных, опрятности, самообслуживания), а также нарушения речи от полной ее утраты (моторная и сенсомоторная афазия) до ослабления экспрессивной речи с обеднением запаса слов. Часто снижается уровень побуждений к деятельности. В других случаях внешняя и психическая деятельность становится нецеленаправленной, преобладает бесцельное моторное возбуждение. Нередко ослаблена дифференцированность эмоций, утрачено чувство привязанности к близким, ребенок становится равнодушным. Во многих случаях преобладает эйфорический фон настроения.

У детей школьного возраста резко снижается умственная работоспособность, нарушается осмысление, наблюдается отчетливая недостаточность функций обобщения, нередко значительное замедление темпа мыслительных процессов (брадифрения). Резко выражена недостаточность концентрации внимания. Как правило, ослаблена память, причем преимущественно механическая. Перечисленные расстройства познавательных процессов обычно делают невозможным продолжение обучения по программе массовой школы, а в более тяжелых случаях затрудняют обучение и во вспомогательной школе.

Нарушения познавательной деятельности при органической деменции часто, особенно в препубертатном и пубертатном возрасте, сочетаются с более или менее выраженными психопатоподобными расстройствами поведения, связанными с повышенной аффективной возбудимостью, эмоционально-волевой неустойчивостью, расторможением примитивных влечений (повышенная сексуальность, прожорливость и др.) при недостаточной критике. Характерны назойливость, «приставучесть» больных.

Фон настроения в одних случаях эйфорический, в других — преимущественно апатический. Нередко бывают немотивированные или вызванные внешними воздействиями состояния дисфории с тоскливо-злобным аффектом, стремлением к агрессии и разрушительным действиям. Приме-

ром органической деменции, возникшей на рубеже раннего и преддошкольного возраста, может быть следующее наблюдение.

Больной С., 16 лет. В раннем детстве развивался без отклонений: ходить начал до года, первые слова стал произносить в возрасте 1 года, фразовая речь появилась около 2 лет. К окружающим относился дифференцированно, интересовался игрушками, картинками, был любознательным. Рано появились навыки опрятности, самостоятельно ел. Когда мальчику было 3 года, перенес тяжелую травму головы (упал с высоты 2 м, ударившись теменем об асфальт). Около 3 ч не приходил в сознание, были сукровичные выделения из носа. На следующий день после травмы обнаружены косоглазие, усиленное слюнотечение. Перестал ходить. Речь стала невнятной. Утратил начальные навыки самообслуживания, ел с посторонней помощью. Временами отмечалось недержание мочи и кала. В течение года после травмы часто возникала рвота. Не ходил самостоятельно до 6 лет. Очень медленно развивались навыки самообслуживания, с трудом мог одеться в возрасте 9 лет. Игра долго была однообразной, подражательной, не проявлял интереса к чтению рассказов и сказок. Очень плохо запоминал. С 4 лет появились нарушения поведения: стал упрямым, назойливым, капризным. К детям не стремился. С 9 лет начал обучаться во вспомогательной школе, где с большим трудом усваивал математику. С 13 лет усилились нарушения поведения, временами становился злобным, драчливым, нарушал дисциплину в школе. В связи с нарушениями поведения госпитализирован в психиатрический стационар.

При обследовании в стационаре отмечаются законченный половой метаморфоз, ряд неврологических нарушений (неравномерность глазных щелей, отклонение языка влево, снижение тонуса мышц в левых конечностях, неуверенная походка, нарушение координации), признаки компенсированной гидроцефалии на рентгенограмме черепа. Больной пассивен, безынициативен, повышенно отвлекаем. Запас сведений и речь бедные, не может перечислить месяцы года, считает, что их 24. Не в состоянии объяснить различие между птицей и самолетом, автобусом и троллейбусом. Затруднен обратный счет. Значительно снижена память. Некритичен к своим возможностям. Истощаем. Преобладает эйфорический фон настроения. Легко возбуждается по незначительному поводу. При недовольстве становится злобным, агрессивным.

Психологическое обследование выявляет низкий уровень обобщения (не мог объединить животных и птиц), преобладание конкретного типа мышления, снижение как опосредованной, так и механической памяти, пониженную работоспособность. С трудом использует постороннюю помощь.

В данном наблюдении структура психического дефекта сложная: наряду с четкими проявлениями деменции имеются признаки олигофренического слабоумия в виде недостаточного запаса сведений, бедности речи, конкретного типа мыслительных процессов, трудностей использования посторонней помощи.

Вместе с тем грубые расстройства предпосылок интеллектуальной деятельности (памяти, активного внимания, побуждений, психической работоспособности), выражен-

ность которых во многом превышает глубину интеллектуальной недостаточности, отчетливая некритичность, а также данные анамнеза, свидетельствующие о периоде нормального психического развития с последующим длительным выпадением приобретенных навыков, позволяют говорить о деменции, развившейся в раннем возрасте в связи с тяжелой черепно-мозговой травмой (типа контузии), а не об олигофрении. Олигофренический компонент в структуре слабоумия объясняется относительно ранним возрастом, в котором произошло поражение головного мозга, что привело к выраженной задержке последующего психического развития.

Эпилептическая деменция характеризуется сочетанием интеллектуальной недостаточности (снижение уровня обобщения, непонимание переносного и скрытого смысла и т. д.) со своеобразными изменениями личности в виде крайнего эгоцентризма, выраженной инертности, тугоподвижности психических процессов, аффективной вязкости, т. е. склонности к длительной фиксации на эмоционально окрашенных, особенно отрицательных переживаниях, сочетания злопамятности, мстительности и жестокости по отношению к сверстникам и младшим детям с преувеличенной угодливостью, льстивостью, подобострастием ко взрослым, особенно врачам, медицинскому персоналу, педагогам.

Интеллектуальная недостаточность и низкая продуктивность в умственной работе значительно усиливаются брадифренией, трудностью включения в любую новую деятельность, переключения с одной деятельности на другую, чрезмерной обстоятельностью мышления с «застреванием» на мелочах, которые даже в случае неглубокого дефекта абстрактного мышления создают впечатление неспособности выделить главные, существенные признаки предметов и явлений. Как правило, страдает механическая память, но события, затрагивающие личные интересы больного, запоминаются лучше.

Дети с эпилептической деменцией часто отличаются угрюмым фоном настроения, склонностью к взрывам аффекта и агрессии при недовольстве чем-либо.

У детей дошкольного и младшего школьного возраста в поведении на первый план нередко выступает двигательная расторможенность, сочетающаяся с «тяжеловесностью» и угловатостью отдельных движений.

Сравнительно часто, в том числе и у детей дошкольного возраста, наблюдается грубое расторможение сексуаль-

ного влечения, проявляющееся в упорной и не скрываемой мастурбации, стремлении прижиматься к чьему-либо обнаженному телу, обнимать, тискать детей. Возможно садистическое извращение сексуального влечения, при котором дети получают удовольствие, причиняя боль (кусают, щиплют, царапают и т. п.) окружающим.

При возникновении злокачественно текущего эпилептического процесса в раннем возрасте в структуре слабоумия, как правило, имеется выраженный олигофреноподобный компонент, а глубина самого слабоумия может соответствовать имбецильности и даже идиотии.

Отграничение такого олигофреноподобного варианта эпилептической деменции от олигофренического слабоумия возможно только при анализе всей клинической картины (включая эпилептические пароксизмы) и течения заболевания.

Более или менее типичная описанная выше эпилептическая деменция имеется при начале заболевания у детей старше 3—5 лет.

Шизофреническая деменция (апатическое слабоумие) занимает особое положение среди других видов слабоумия. При ней собственно осмысление, способность к обобщению часто нарушены незначительно, хотя мышление в целом непродуктивно, паралогично, искажено [Зейгарник Б. В., 1958].

Главной особенностью шизофренической деменции является глубокий дефект личности с резким снижением уровня побуждений и психической активности, полной бездеятельностью, апатией (апатическое слабоумие), эмоциональной опустошенностью, тупостью, а также выраженным аутизмом, т. е. отгороженностью от окружающих, отсутствием потребности в контактах и даже активным противодействием всяким контактам.

В мышлении обычно имеются описанные выше разорванность, паралогичность, вычурность. Характерны неравномерность, диспропорциональность интеллектуальных расстройств: наряду с нелепыми, бездумными ответами больным могут быть доступны достаточно сложные обобщения, понимание переносного и скрытого смысла. Бедная, односложная речь может чередоваться с длинными фразами и оборотами, свойственными речи взрослых; недостаточная ориентированность в простейших бытовых вопросах (незнание домашнего адреса, неумение купить продукты в магазине и т. п.) нередко сочетается с отрывочными отвлеченными знаниями.

На фоне описанного дефекта психики часто, особенно при начале заболевания после 4—5 лет, отмечаются разнообразные фрагментарные продуктивные психопатологические расстройства: двигательные стереотипии, вычурные движения и позы, страхи, часто нелепого содержания (дети боятся дверей, кранов, некоторых видов пищи, например киселя и т. п.), отрывочные галлюцинации и др.

При начале неблагоприятно текущего (непрерывно-прогредиентного, злокачественного) шизофренического процесса в раннем возрасте, а также в период первого возрастного криза (2—4 года), как правило, формируется олигофреноподобный дефект с более или менее глубокой умственной отсталостью (близкой к имбецильности, иногда и идиотии). Однако и в этих случаях можно выявить характерные для шизофренической деменции особенности поведения: бездеятельность, эмоциональную тупость, отгороженность от окружающих, а также отдельные кататонические расстройства (застывания в однообразных позах, мутизм, стереотипные движения, однообразный бег, эхолалии, негативизм и т. п.). Как правило, в этих случаях происходят распад речи, ее резкое обеднение. Особенно страдает экспрессивная речь, что еще больше препятствует контакту больных детей с окружающими. Вместе с тем в речи часто обнаруживаются относительно специфичные для шизофрении нарушения в виде неологизмов, вычурности, разорванности, нередко доходящей до бессмысленного набора слов (шизофазия). Наряду с распадом речи при рано возникшей шизофренической деменции утрачиваются многие навыки, в частности навыки самообслуживания, опрятности. Нередко обнаруживается так называемое регрессивное поведение, т. е. как бы возврат к формам поведения, свойственным младенцам (ходьба на четвереньках, еда руками без помощи ложки, облизывание и обнюхивание предметов, попадающих в поле зрения, поедание несъедобных объектов и т. п.).

Характеристика врожденного (олигофренического) слабоумия изложена во второй части.

Психоорганические синдромы

Интеллектуальные нарушения, преимущественно в виде расстройств так называемых предпосылок интеллекта, являются важной составной частью психоорганических (энцефалопатических) синдромов, связанных либо с последствиями инфекционных, травматических, интокси-

кационных поражений головного мозга, либо с хроническими органическими заболеваниями центральной нервной системы. Психопатология и типология психоорганических синдромов разработаны недостаточно.

H. Walter-Büel (1951) главными проявлениями психоорганических синдромов у взрослых считает расстройства памяти, ослабление понимания и недержание аффектов. Согласно E. Bleuler (1955), основными компонентами психоорганического синдрома являются нарушения памяти, асоциальная деятельность и аффективные расстройства.

Если суммировать описания психоорганического синдрома, приводимые разными авторами, то его наиболее существенными признаками можно считать снижение памяти и интеллектуальной продуктивности, инертность психических процессов, особенно интеллектуальных, трудность переключения активного внимания и его узость, а также разнообразные аффективные нарушения: аффективную лабильность, раздражительность, возбудимость в одних случаях, эйфорический фон настроения, чередующийся с дисфориями,— в других, апатию, безразличие ко всему — в третьих. Кроме того, часто встречаются расстройства волевой деятельности (слабость побуждений, вялость, пассивность или, наоборот, расторможенность поведения, болтливость), усиление и извращение примитивных влечений, повышенная психическая истощаемость.

Все перечисленные нарушения свойственны и детям с психоорганическими синдромами. Вместе с тем эти синдромы у детей имеют определенные возрастные особенности. Органическое поражение головного мозга, лежащее в их основе, возникает в период интенсивного эволютивного развития мозговых систем и функций, при большей или меньшей морфофизиологической незрелости центральной нервной системы. Это ведет к появлению в клинической картине психоорганических синдромов особых феноменов, свойственных тому или иному уровню возрастного нервно-психического реагирования [Ковалев В. В., 1969], а также различных симптомов нарушения развития психических и неврологических функций.

Все это побудило исследователей дать особые названия психоорганическим синдромам у детей, особенно возникающим в раннем детском возрасте. Для обозначения психоорганического синдрома у детей в англо-американской литературе применяются термины «синдром раннего мозгового повреждения» (early brain damage syndrome) и «синдром минимальной мозговой дисфункции» (minimal

brain dysfunction syndrome), в немецкой литературе — «хронический церебрально-органический осевой психосиндром» [Göllnitz G., 1970], «ранний детский экзогенный психосиндром» [Lempp R., 1980,— см. H. Harbauer et al., 1980, и др.].

У детей раннего и отчасти преддошкольного возраста (до 4—5 лет) проявления психоорганического синдрома атипичны. Расстройства интеллектуальных функций у них рудиментарны и выражаются в некоторой задержке речевого развития, бедном запасе слов, низком уровне выполнения речевых заданий по сравнению с невербальными, слабой выраженности интеллектуальных интересов (к чтению рассказов и сказок, к сюжетным играм и т. п.), затруднениях при запоминании стихов и песен. Нередко на первый план выступают так называемые невропатические расстройства, напоминающие симптомы врожденной детской нервности. Они включают повышенную возбудимость и неустойчивость вегетативных реакций (склонность к рвоте и срыгиваниям, диспепсическим расстройствам, потливость, аллергические реакции, колебания температуры и т. п.), поверхностный сон, нередко с извращением чередования сна и бодрствования, пониженный аппетит, повышенную чувствительность к любым внешним воздействиям, эмоциональную возбудимость, впечатлительность, неустойчивость настроения. Описанные невропатические или невропатоподобные нарушения сочетаются с общей двигательной расторможенностью, суетливостью, нечеткостью восприятия (трудности при отличении фигуры от фона). Кроме того, отмечаются рассеянные неврологические симптомы (отклонения черепно-мозговой иннервации, односторонние пирамидные знаки и нарушения координации, асимметрия силы движений и т. п.).

Описанные невропатоподобные расстройства С. С. Мнухин (1968) называет «органической, или резидуальной, невропатией», G. Göllnitz (1970)—«вегетативным неспецифическим синдромом». С нашей точки зрения, подобные состояния более правильно обозначать термином «невропатоподобный вариант психоорганического синдрома» или «невропатический синдром резидуально-органического происхождения».

С 4—5-летнего возраста нарушения вегетативной регуляции отступают, а на первом плане в структуре психоорганического синдрома оказываются эмоционально-волевые и двигательные расстройства: повышенная аффективная возбудимость, раздражительность, импульсивность по-

ведения, недостаточное чувство дистанции, назойливость, «приставучесть», частая смена настроения, выраженная двигательная расторможенность, нередко с хореиформными и множественными лишними движениями. Отчетливо выявляется слабость концентрации активного внимания, которая значительно затрудняет усвоение ребенком новых знаний. Часто отмечаются более или менее выраженные нарушения моторной интеграции, проявляющиеся в недостаточности тонких движений, а также действий и двигательных навыков, требующих быстрого переключения движений (речевая моторика, рисование, одевание и обувание и т. п.).

У детей школьного возраста и подростков проявления психоорганического синдрома становятся более разнообразными и содержат значительно больший объем нарушений познавательных, особенно интеллектуальных, функций [Мнухин С. С., 1968; Stutte H., 1967; Lempp K., 1980). Более заметными становятся черты личностной недостаточности в виде импульсивности, склонности к «реакциям короткого замыкания», слабого чувства дистанции, недостаточной самокритичности.

Появляется возможность выделить психопатологические варианты психоорганических синдромов.

Так, в младшем школьном возрасте (7—9 лет) важное практическое значение имеет *психоорганический синдром с нарушением так называемых школьных навыков*, т. е. навыков чтения, письма и счета (дислексия, дисграфия и дискалькулия), в основе которых лежат стертые речевые расстройства, нарушения фонематического слуха, синтеза пространственных представлений, праксиса, тонких движений рук, а также, по-видимому, расстройства сложных форм конструктивной деятельности и мышления. В связи с частым сочетанием нарушения школьных навыков с выраженными церебрастеническими явлениями С. С. Мнухин (1968) предложил для обозначения этого варианта психоорганического синдрома термин «синдром резидуальной церебрастении с запозданием развития школьных навыков».

Одной из наиболее распространенных форм психоорганических синдромов у детей школьного возраста и подростков является *психоорганический синдром с дефектом эмоционально-волевых свойств личности*. В этом случае описанные выше общие проявления психоорганического синдрома сочетаются с эмоционально-волевыми расстройствами, а также нарушени-

ями темперамента и влечений, которые обусловлены «повреждением», распадом, дефектом тех или иных свойств личности. Выражением указанного дефекта личности чаще всего становятся эмоционально-волевая неустойчивость (отсутствие волевых задержек, повышенная внушаемость, ведущая роль в поведении мотива непосредственного получения удовольствия), аффективная возбудимость с агрессивностью, расторможение примитивных влечений (сексуальность, прожорливость, повышенное влечение к новым впечатлениям—«сенсорная жажда» и др.). Иными словами, ведущие проявления психоорганического синдрома — психопатоподобные состояния.

Кроме того, у детей школьного возраста и подростков, как и у взрослых, встречаются некоторые более редкие психопатологические формы психоорганических синдромов. К их числу можно отнести так называемый апатический (атонический, по С. С. Мнухину, 1968) и эйфорический психоорганические синдромы.

Апатическая форма психоорганического синдрома характеризуется эмоциональной вялостью, монотонностью, слабостью побуждений, аспонтанностью, нередко бездеятельностью, недостаточностью инстинктивных проявлений (в частности, инстинкта самосохранения), практической беспомощностью, недостаточностью моторики. Наряду с этим у части детей и подростков с этой формой психоорганического синдрома, особенно при гидроцефалии, имеется склонность к рассуждательству, поучениям, некоторая вычурность мышления. Все это нередко обусловливает сходство с шизофреническим дефектом. Однако в отличие от шизофрении у больных с данной формой психоорганического синдрома отсутствует истинный аутизм, кажущаяся отгороженность связана с аспонтанностью, пассивностью, а у части детей и подростков — с компенсаторным псевдоаутистическим стремлением оградить себя от лишних контактов из-за болезненно переживаемого сознания своей неполноценности. Отмеченное выше рассуждательство также отличается от резонерства при шизофрении своей явной связью с конкретными бытовыми вопросами, отсутствием заумности, причудливого псевдоабстрактного символизма. Наконец, важным дифференциально-диагностическим признаком являются выраженные органические изменения психики: инертность, тугоподвижность психических процессов, слабость памяти, преобладание конкретного типа мышления, повышенная пресыщаемость и истощаемость и т. д.

Работы нейропсихологов [Лурия А. Р., 1970] свидетельствуют о связи апатической формы психоорганического синдрома с преимущественным поражением конвекситальной коры лобной доли доминантного полушария большого мозга (так называемый конвекситальный вариант лобного синдрома).

У детей и подростков с эйфорической формой психоорганического синдрома на первый план выступают эйфорический фон настроения, импульсивность поведения, расторможение примитивных влечений, грубая недостаточность критики к себе и своим поступкам. Нейроморфологические, а также нейропсихологические исследования [Лурия А. Р., 1970; Kleist K., 1934] указывают на роль преимущественного поражения базальной (орбитальной) коры лобных долей полушарий большого мозга в происхождении расстройств, относящихся к данной форме психоорганического синдрома (так называемый базальный вариант лобного синдрома).

Часто встречающиеся при психоорганических синдромах у детей нарушения избирательности и отчасти целенаправленности психических процессов, а также неспособность к выполнению многозвеньевых действий, по данным нейропсихологов [Лурия А. Р., 1970], связаны преимущественно с поражением коры медиальной поверхности лобных долей.

Состояния псевдослабоумия

Состояния псевдослабоумия, т. е. состояния, внешне напоминающие слабоумие, но в большей или меньшей мере, а иногда и полностью обратимые, изучены очень мало. В советской психиатрии В. А. Гиляровский (1946) впервые на основании изучения посттравматических психических расстройств периода Великой Отечественной войны сформулировал положение о псевдоорганическом слабоумии. В его основе лежат не грубые органические изменения, а нейродинамические нарушения, ведущие к временному торможению психических функций, в частности интеллектуальной деятельности.

Состояния псевдоорганического слабоумия встречаются также у детей и подростков, однако они почти не изучены.

Согласно нашим отдельным наблюдениям, подобные состояния характеризуются прежде всего нарушениями памяти в виде частичного выпадения многих приобретенных ранее сведений, школьных знаний, недостаточностью абстрактного мышления (непонимание переносного и скры-

того смысла, неумение выделить главное, непонимание основной идеи художественного произведения, трудности при выполнении заданий на обобщение и т. п.), а также снижением уровня личности (утрата чувства дистанции, такта, выраженная некритичность к своему поведению, нескрываемые проявления повышенной сексуальности и др.).

Подобные состояния иногда наблюдаются в подостром или более отдаленном периоде черепно-мозговой травмы и мозговых инфекций.

Несмотря на большое сходство с проявлениями органической деменции, описанные состояния спустя 2—4 нед подвергаются полному обратному развитию.

Некоторые клинико-психопатологические особенности состояний псевдоорганического слабоумия, в частности нередкое выявление у больных замедленного и недостаточно полного восприятия, ответы невпопад, нарушения ритма сна и бодрствования (сонливость днем и бессонница ночью), недостаточно полные воспоминания об окружающем и собственном поведении в период псевдослабоумия, позволяют предположить, что оно в той или иной степени связано с нарушенным сознанием, скорее всего, с очень легким оглушением, по ликвидации которого осмысление и критика полностью восстанавливаются.

По-видимому, состояния псевдоорганического слабоумия близки по механизмам к транзиторному амнестическому синдрому, который обычно возникает при той же патологии и также бывает преходящим.

Глава 8

РАССТРОЙСТВА СОЗНАНИЯ

С о з н а н и е — высшая форма психической деятельности человека — понимается в советской психологии не только как совокупное знание человека об окружающем его мире и о самом себе, но и как знание, характеризующееся активным отношением, направленностью [Леонтьев А. Н., 1947; Шорохова Е. В., 1961]. Представление об активной направленности сознания впервые высказано К. Марксом: «Мое отношение к моей среде есть мое сознание»[1].

В сложной структуре сознания условно выделяют [Jaspers K., 1973] чувственное сознание («самоощущение», по

[1] Маркс К., Энгельс Ф. Соч., т. 3, изд. 2-е, с. 29.

И. М. Сеченову, 1947; «внутреннее чувство», по K. Jaspers, 1973), предметное состояние и самосознание (сознание своего «я»). Онтогенетически наиболее рано возникает чувственное сознание, которое уже в первые годы жизни ребенка начинает замещаться и интегрироваться формирующимся самосознанием. Последнее в свою очередь развивается в неразрывном единстве с предметным сознанием, поскольку образование начального элемента самосознания — различение своего «я» от всего, что не относится к нему («не я»), невозможно без определенного развития предметного сознания. В то же время усложнение и дифференциация предметного сознания, т. е. понимание окружающего мира, немыслимо без одновременного усложнения самосознания. Таким образом, онтогенез отдельных компонентов или сторон сознания свидетельствует о том, что они выступают как интегральное единство. Попытки противопоставить предметное сознание и самосознание, предпринимаемые представителями субъективно-идеалистического направления в психопатологии [Jaspers K., 1973, и др.], совершенно не обоснованы.

Материалистическое решение проблемы соотношения самосознания и предметно-чувственного сознания принадлежит И. М. Сеченову (1947). Выделяя с позиций материалистического детерминизма чувственную и познавательную сферы самосознания, он подчеркивал их преемственность и вторичность сферы познания.

Становление самосознания — сравнительно длительный процесс, неразрывно связанный с процессом формирования личности и заканчивающийся лишь к 18—20 годам. Однако рудименты самосознания в виде употребления личного местоимения «я» и соотнесения с собой собственных действий и действий окружающих (в форме высказываний типа «я упал», «я делаю», «дай мне» и т. п.) появляются уже на 2—3-м году жизни [Сеченов И. М., 1947; Ушаков Г. К., 1966].

Хотя противопоставление предметного сознания самосознанию в методологическом плане неправомерно, в клинике психических расстройств отдельные названные выше компоненты или стороны сознания могут нарушаться далеко не в одинаковой степени. Условно, особенно в дидактических целях, с одной стороны, выделяют расстройства сознания, при которых на первый план выступают нарушения предметного сознания, так называемые помрачения сознания, а с другой стороны — преимущественно нарушения самосознания. При помрачении сознания, как правило, в той

или иной мере страдает и самосознание. Вместе с тем психопатологические формы преимущественных нарушений самосознания часто сочетаются с теми или иными, хотя бы легкими, расстройствами предметного и даже чувственного сознания.

Подразделение на помрачения сознания и нарушения самосознания применительно к детскому возрасту еще более относительно, чем в психопатологии взрослых, ввиду возрастной незрелости и фрагментарности самосознания у детей.

Состояния помрачения сознания

Согласно K. Jaspers (1973), критериями помрачения сознания являются: 1) неотчетливость восприятия окружающего, его фрагментарность, затруднение фиксации образов восприятия; 2) та или иная дезориентировка во времени, месте, непосредственном окружении, самом себе: 3) нарушение связности, последовательности мышления в сочетании с ослаблением суждений и 4) расстройство запоминания происходящих событий и субъективных переживаний, ведущее к последующей амнезии периода помраченного сознания. Для диагностики помраченного сознания необходимо учитывать все 4 критерии.

Указанные критерии имеют значение и для диагностики помрачения сознания в детском возрасте с определенной поправкой на возрастную незрелость процессов восприятия, мышления и памяти, а также несовершенство ориентировки во времени и пространстве у детей.

Исходя из данных клиники и представлений о нейрофизиологических предпосылках сознания [Гращенков Н. И., Латаш Л. П., 1966; Moruzzi G., 1954, и др.], к критериям помрачения сознания можно добавить признаки переходного состояния между бодрствованием и сном (снижение уровня бодрствования).

Среди синдромов помрачения сознания основное значение в практике детского возраста, как и у взрослых, имеют синдромы оглушения, делириозного, аментивного, онейроидного и сумеречного помрачения сознания.

Синдромы оглушения

Синдромы оглушения или оглушенности у детей, особенно младшего возраста, встречаются относительно чаще, чем у взрослых.

До 3—4-летнего возраста помрачение сознания выражается преимущественно явлениями оглушения, тогда как другие синдромы помрачения сознания либо вообще не возникают (например, онейроидное и аментивное помрачение сознания), либо проявляются в виде рудиментарных симптомов.

Для синдромов оглушения наиболее характерно снижение активности всех психических процессов, в основе которого лежит более или менее выраженное снижение уровня бодрствования.

В зависимости от степени снижения психических процессов выделяют несколько синдромов оглушения: обнубиляцию, сомноленцию, сопор, коматозное состояние.

Наиболее часто у детей встречается легкое оглушение — обнубиляция (от латинского nubes — облака) и сомноленция (дословно — сонливость).

Ребенок в состоянии обнубиляции выглядит вялым, двигательно заторможенным, его внимание привлекается не сразу и быстро истощается. Замедлена реакция на внешние воздействия и обращение. Окружающее нередко воспринимается ребенком неотчетливо, будто в тумане. Затруднено осмысление сложных вопросов, например, касающихся учебного материала, прочитанных книг, хотя ребенок может правильно назвать свои имя и фамилию, легко понимает смысл обычных бытовых вопросов и высказываний окружающих (о самочувствии, еде, одевании и раздевании, естественных надобностях и т. п.). Мышление ребенка замедлено, не вполне последовательно, часто отмечаются персеверации, резко затруднен счет в уме. Соответственно замедлена речь, фразы лаконичны, упрощены. Как правило, затруднена и неточна ориентировка во времени, однако другие виды ориентировки могут быть не нарушены. Отмечается заметное снижение уровня побуждений, просьбы обычно ограничиваются элементарными потребностями. Настроение с оттенком апатии, безразличия, снижен интерес к игрушкам, картинкам и т. п. Затруднено и замедлено запоминание. Спустя несколько минут дети забывают, о чем им говорили. Меньше нарушено запоминание зрительных образов. В процессе общения ребенок быстро истощается, становится сонливым.

По выходе из состояния обнубиляции воспоминания о периоде нарушенного сознания неполные, фрагментарные.

Сомноленция — более глубокое помрачение сознания, при котором ребенок внешне напоминает спящего.

Реакцию можно получить либо с помощью непосредственных раздражителей: толчка, громкого звука, яркого света, либо громким, нередко неоднократно повторенным обращением. Возможно выполнение ребенком отдельных простых распоряжений: «сядь», «встань», «открой рот», «выпей воды» и т. п., после чего ребенок как бы вновь впадает в состояние сна. Спонтанная речь, как правило, отсутствует, однако иногда возможны односложные ответы, чаще типа: «да» или «нет». Выражение лица застывшее, глаза могут быть открыты, взгляд устремлен в пространство, но на короткое время может фиксироваться на объекте. Больной подолгу не меняет позы.

По выходе из состояния сомноленции, как правило, бывает амнезия событий и переживаний периода помрачения сознания.

Сопор характеризуется еще более глубоким помрачением сознания с невозможностью речевого контакта и реакциями только на непосредственные раздражители значительной силы, а также безусловнорефлекторными реакциями (на болевое раздражение, зрачковый, корнеальный, глоточный и другие рефлексы).

Коматозное состояние — полное выключение сознания с отсутствием реакций на дистантные и непосредственные тактильные раздражители со снижением безусловнорефлекторных реакций (болевых, зрачковых, рефлексов со слизистых оболочек) вплоть до полного их исчезновения, появлением патологических рефлексов (Бабинского, Оппенгейма, Россолимо и др.), иногда децеребрационной ригидности с повышением тонуса мышц в сгибателях рук и разгибателях ног.

Невропатологи выделяют несколько степеней комы [Боголепов Н. К., 1962]. В наиболее глубокой коме IV степени («терминальная кома») возникают полная арефлексия, гипотония мышц, расслабление сфинктеров, резкие нарушения сердечной деятельности и дыхания в связи с расстройством функций ядер продолговатого мозга. В этом случае по существу наступает клиническая смерть, и жизнедеятельность организма возможна лишь с помощью искусственных средств, в частности аппаратной искусственной вентиляции легких и электростимуляции сердца.

Синдромы оглушения у детей могут возникать при токсикозе и гипоксии мозга, вызванных различными общесоматическими, в частности, инфекционными, заболеваниями, а также тяжелыми экзогенными интоксикациями, мозговыми инфекциями и черепно-мозговыми травмами.

Хотя глубокое оглушение — сопорозные и коматозные состояния — имеет и у детей серьезное прогностическое значение как показатель тяжести состояния и угрозы для жизни, легкое оглушение в детском возрасте обычно прогностически более благоприятно, чем у взрослых. В большинстве случаев, особенно у детей младшего возраста, такие состояния вполне обратимы и не оставляют выраженных психических изменений.

Синдромы оглушения, являясь выражением экзогенно-органической патологии мозга, имеют определенное дифференциально-диагностическое значение при отграничении экзогенно-органических психических расстройств от шизофрении и реактивных психозов.

В отличие от синдромов оглушения другие названные выше синдромы помрачения сознания характеризуются теми или иными продуктивными психопатологическими расстройствами (двигательное возбуждение, аффективные расстройства, галлюцинации, псевдогаллюцинации, бредовые идеи и др.), которые возникают на фоне сниженного уровня бодрствования, состояний, переходных между бодрствованием и сном. Среди синдромов помрачения сознания с продуктивной психопатологической симптоматикой в детском возрасте сравнительно часто встречаются делириозный синдром, а также своеобразные возрастные формы синдрома сумеречного помрачения сознания. Значительно реже наблюдаются аментивный и онейроидный синдромы.

Делириозный синдром

Делириозный синдром, или делирий, возникает у детей практически только с 4—5 лет, хотя отдельные симптомы делирия, в частности, отрывочные галлюцинации на фоне измененного сознания, возможны и в более раннем возрасте.

Более очерченный делириозный синдром у детей старшего возраста, как и у взрослых, включает наплыв ярких, преимущественно зрительных, сценоподобных галлюцинаций, иллюзорное восприятие окружающего, аффективные нарушения в виде выраженного страха и тревоги, общее двигательное беспокойство, временами достигающее резкого психомоторного возбуждения, а также бессонницу.

В динамике делирия выделяют несколько стадий: пределириозную, стадию гипнагогического делирия, стадию истинных галлюцинаций, а в тяжелых случаях — также стадию муссситирующего (бормочущего) делирия.

В детском возрасте динамика делириозного синдрома обычно редуцирована. Наиболее часто она ограничивается двумя первыми стадиями. В пределириозной стадии ребенок становится двигательно беспокойным, тревожным, пугливым, склонным к капризам и слезам по незначительному поводу. Отмечается гиперстезия, нарушается засыпание. Сон поверхностный, с частыми пробуждениями, яркими устрашающими сновидениями, вскрикиваниями.

В следующей стадии усиливаются двигательное беспокойство, говорливость, появляется склонность к иллюзорному восприятию, с преобладанием устрашающих зрительных иллюзий (стоящее в углу комнаты кресло воспринимается как притаившийся «горбатый старик с длинной бородой», шторы на окне — как «движущаяся фигура в белой одежде» и т. п.). Особенно характерно появление множественных калейдоскопически сменяющихся зрительных гипнагогических галлюцинаций. Ребенок при закрытых глазах перед засыпанием «видит» быстро сменяющие друг друга картины школьной жизни, людей, животных, деревья, цветы. Содержание гипнагогических галлюцинаций то индифферентное, то вызывает страх.

Гипнагогические галлюцинации непосредственно переходят в образы сновидений, в связи с чем дети дошкольного и младшего школьного возраста нередко называют их «снами».

Стадия истинных галлюцинаций если и развивается, то, как правило, бывает неразвернутой, абортивной. Чаще всего при этом на фоне тревожного беспокойства и иллюзорного восприятия окружающего эпизодически, преимущественно вечером и ночью при бессоннице, возникают отдельные зрительные, тактильные и, реже, элементарные слуховые галлюцинации. Типичны мелкие зооптические галлюцинации в виде различных насекомых (пауков, мух, пчел), червей, змей, птиц, кошек и собак. Дети пытаются «прогонять» их, сбрасывают с постели. Более яркие и разнообразные зрительные галлюцинации наблюдаются при некоторых интоксикациях, в частности при отравлениях беленой, препаратами, содержащими атропин, а также иногда при передозировке центральных холинолитиков (циклодол, ромпаркин, артан и др.), применяемых в психиатрической практике в качестве корректоров нейролептических препаратов.

Мальчик 12 лет при повышении дозы циклодола, применявшегося в комбинации с трифтазином на фоне респираторного заболевания, к вечеру стал беспокойным, тревожным, ночью плохо спал, ис-

пытывал страх, «видел» на постели черных жуков и большого паука, казалось, что по палате летают белые птицы. На следующее утро был сонлив, отвечал невпопад. Вечером вновь увидел черного паука на постели, пытался раздавить его.

В случаях делирия инфекционного и травматического происхождения истинные галлюцинации чаще бывают единичными. Появление истинных галлюцинаций сопровождается отрывочным чувственным бредом, который иногда недолго сохраняется по выходе из делирия (резидуальный бред). Нарушения ориентировки при делирии у детей выражены нерезко. Дети школьного возраста и подростки, как правило, сохраняют воспоминания о болезненных переживаниях делириозного периода, в то же время реальные события часто вспоминаются непоследовательно и неотчетливо.

Мусситирующий (бормочущий) делирий возникает у детей крайне редко, лишь при очень тяжелых соматических заболеваниях с истощением и резкой астенизацией. Ребенок в этом случае находится в полузабытьи, производит однообразные движения руками (поглаживание, стряхивание, перебирание пальцами и т. п), тихо бормочет что-то. При громком обращении иногда на короткое время удается привлечь его внимание, но он с трудом узнает близких, его высказывания непоследовательны, отрывочны. По существу мусситирующий делирий близок к аментивному помрачению сознания. Возникновение мусситирующего делирия — неблагоприятный прогностический признак.

Делириозный синдром у детей кратковременный, продолжительностью от нескольких часов до 1—2 сут. Характерна отчетливая волнообразность его динамики с чередованием периодов помрачения сознания, преобладающих в вечернее и ночное время, с периодами частичного или полного прояснения.

Делириозный синдром (исключая мусситирующий делирий) прогностически благоприятен. Лишь иногда, после более длительного и глубокого помрачения сознания, возникает кратковременное астеническое состояние с явлениями раздражительной слабости.

Аментивный синдром
(синдром спутанности сознания)

Типичный аментивный синдром с хаотичностью психических процессов, бессвязностью (инкогеренцией) мышления, нецеленаправленным двигательным возбужде-

нием (обычно в пределах постели), отрывочными единичными обманами восприятия и бессвязным образным бредом наблюдается лишь у подростков.

У детей более младшего возраста аментивное помрачение сознания проявляется преимущественно в виде кратковременных эпизодов неглубокой «психической спутанности», непоследовательности, недостаточной связности психических процессов, прежде всего мышления. Характерен аффект недоумения. Возможен частичный контакт с ребенком, однако он нередко с трудом понимает смысл вопросов, его высказывания отрывочны и непоследовательны. Отмечается полная дезориентировка и двигательное беспокойство.

В наиболее легких случаях с помощью дополнительной стимуляции удается добиться кратковременного контакта, однако сравнительно быстро наступает психическое истощение с бессвязностью мышления. Такие состояния наиболее легкого аментивного помрачения сознания С. С. Мнухин (1968) назвал астенической спутанностью.

Аментивное помрачение сознания встречается при тяжелых мозговых и общих инфекциях, а также при тяжелых интоксикациях. Оно может сохраняться от нескольких часов до 2 нед, а иногда и дольше. Однако длительные аментивные состояния у детей и подростков встречаются редко.

По выходе из аментивного помрачения сознания, как правило, наблюдается выраженная астения с резкой истощаемостью, вялостью, дистимическим настроением, плаксивостью, раздражительностью, гиперестезией (эмоционально-гиперстетическая слабость, по K. Bonhöffer, 1910). Болезненные переживания периода помраченного сознания полностью амнезируются.

После более затяжных аментивных состояний, которые иногда наблюдаются при тяжелых инфекциях у подростков, может возникать психоорганический синдром со снижением памяти, интеллектуальной продуктивности, психопатоподобными нарушениями поведения, расторможением примитивных влечений.

Аментивный синдром с рядом психопатологических особенностей может наблюдаться также на высоте острых приступов шизофрении у подростков. При этом помрачение сознания не столь глубоко, а в структуре синдрома отмечаются характерные для этого заболевания нарушения мышления (неологизмы, вычурные, причудливые ассоциации, псевдоабстрактный символизм), эмоциональная амбивалентность, отгороженность с отсутствием стремления

к контакту с окружающими во время частичного прояснения сознания, тусклость эмоций, а также более отчетливые продуктивные психопатологические симптомы, особенно бредовые идеи, отдельные явления психического автоматизма. В связи с этим такие состояния помраченного сознания нередко называют аментивноподобными.

Онейроидный синдром

Развернутый онейроидный синдром, наблюдающийся в пубертатном возрасте, проявляется отрешенностью от окружающего с погружением в мир ярких образных представлений и фантастических псевдогаллюцинаций, напоминающих сновидения. Больной может быть как зрителем, так и непосредственным участником фантастических событий. Как правило, он заторможен, малоподвижен, с застывшим выражением лица и взглядом, устремленным в одном направлении. Больные «видят» себя участниками событий, происходящих в космосе, на других планетах, в экзотических странах, на кораблях, совершающих кругосветные путешествия, «общаются» со сказочными персонажами, инопланетянами, «наблюдают» за кровавыми битвами, «видят» толпы людей в необычных одеждах, «слышат» необычную музыку, пение и т. п. Воспоминания о болезненных фантастических переживаниях в большинстве случаев сохраняются.

Наблюдавшаяся нами девочка 15 лет во время острого приступа шизофрении в течение 6 сут находилась в состоянии онейроидного помрачения сознания. Она то была заторможенной, с застывшим выражением лица, лежала в постели неподвижно, отвернувшись к стене, отказывалась от еды, то становилась резко возбужденной, выкрикивала обрывки фраз, пела, разбрасывала вещи, в контакт по существу не вступала. Придя в сознание, рассказала, что ей казалось, будто ее возят по стране, она посещает театры, рестораны, осматривает старинные монастыри, видела себя среди роскошной обстановки и массы цветов, вокруг танцевали прекрасные юные пары, звучала нежная мелодичная музыка. Считала, что выходит замуж за испанского певца Рафаэля. Иногда становилось страшно, как будто начиналась война, кругом двигались танки, в небе летело много самолетов. Временами думала, что для нее специально разыгрываются разные сцены, ей что-то внушают.

В детском воздрасте подобные выраженные состояния полного онейроида не встречаются. Наблюдаются инициальные онейроидные проявления и так называемый ориентированный онейроид.

Инициальные проявления онейроида (преонейроид) в детском возрасте выражаются двигательным беспокойством, растерянностью, тревожностью, страхами, эпизодиче-

скими зрительными и слуховыми иллюзиями, явлениями ложного узнавания (посторонняя женщина кажется матерью, школьной учительницей и т. п.). Ориентировка в этом случае не нарушена.

При ориентированном онейроиде часто имеется двойная ориентировка — больной считает, что находится в одно и то же время и у себя дома, и в больнице или же в больнице и одновременно на пароходе, который плывет в океане. Глубина помрачения сознания колеблется: сознание то частично проясняется, появляется возможность вступить в контакт с больным, то заполняется грезоподобными фантастическими образами, зрительными и слуховыми псевдогаллюцинациями с частичной отрешенностью от реальности. Однако и в этом случае контакт с больным не утрачивается полностью.

Более или менее отчетливые проявления онейроидных состояний наблюдаются лишь у детей школьного возраста. В более младшем возрасте симптомы онейроида рудиментарны, отрывочны, а их определение затруднено в связи с ограниченными возможностями самоотчета о болезненных переживаниях.

Длительность онейроидных состояний различна — от нескольких часов до 2—3 нед. У детей они чаще непродолжительны.

Онейроидный синдром у детей и подростков встречается при мозговых инфекциях (менингитах, менингоэнцефалитах), общих инфекциях с мозговыми осложнениями, интоксикациях, а также во время приступов шизофрении. В последнем случае, особенно в пубертатном возрасте, онейроидное помрачение сознания часто сочетается с кататоническим ступором или возбуждением (так называемая онейроидная кататония), выраженными аффективными расстройствами в виде тревоги, депрессивного или гипоманиакального настроения, а в структуре онейроидного состояния всегда имеются разнообразные проявления психических автоматизмов (чувство открытости, овладения, внушенные и «сделанные» мысли, речедвигательные автоматизмы и т. д.), более или менее выраженный бредовой компонент. При прояснениях сознания больные недостаточно доступны, неохотно сообщают о содержании онейроидных переживаний.

Сюжет фантастических представлений периода онейроидного помрачения сознания иногда тесно связан с содержанием патологических образных фантазий, наблюдавшихся до возникновения приступа шизофрении.

Онейроидные состояния при острых экзогенно-органических психозах значительно более просты, с большей глубиной помрачения сознания, относительно более бедным и фрагментарным содержанием фантастических переживаний. Кроме того, они часто перемежаются с делириозными эпизодами и периодами оглушения.

Состояния сумеречного помрачения сознания

Сумеречные помрачения сознания (сумеречные состояния) характеризуются значительным полиморфизмом, их психопатология изучена недостаточно. Наиболее существенным и общим для разных форм в детском возрасте служат более или менее выраженное сужение сознания с расторможением разнообразных привычных автоматизированных действий (бег, ходьба, движения, имитирующие одевание, раздевание, умывание и другие привычные действия). Наряду с этим в структуру состояний сумеречного помрачения сознания могут входить иллюзии, метаморфопсии, элементарные галлюцинации, отрывочные чувственные бредовые идеи (у подростков), а также аффективные расстройства, преимущественно в виде страха и тревоги.

Динамику состояний сумеречного помрачения сознания определяют быстрота или, чаще, внезапность их возникновения и прекращения, а также относительная кратковременность (в пределах нескольких минут, реже 1—2 ч).

По выходе из сумеречного помрачения сознания, как правило, полностью амнезируются все переживания и действия в периоде нарушенного сознания.

Симптоматика состояний сумеречного помрачения сознания зависит от возраста ребенка. Чем моложе ребенок, тем больше в структуре сумеречного состояния выражен компонент автоматизированных движений и действий. В дошкольном возрасте (приблизительно до 6 лет) этот компонент служит основным внешним проявлением сумеречного помрачения сознания (что соответствует психомоторному уровню реагирования в нашем понимании.— В. В. Ковалев, 1969, 1979). Наиболее часто в этом возрасте встречаются возникающие на фоне измененного сознания оральные автоматизмы (разнообразные автоматизированные движения мышц рта, глотки, губ — жевание, глотание, чмоканье, облизывание и т. п.), однообразные действия руками (поглаживание, перебирание пальцами и т. п.), чаще ночью, сидя в постели.

У детей старшего дошкольного и младшего школьного возраста диапазон двигательных автоматизмов, возникающих на фоне нарушенного сознания, расширяется. Относительно часто встречается снохождение (сомнамбулизм): ребенок во время сна вдруг встает с постели, ходит по комнате, совершает другие привычные движения и действия, например одевается, идет в туалет, часто не реагируя на обращения, не отвечая на вопросы. Глаза нередко закрыты, как во сне.

Другой, по-видимому, еще более частой формой двигательных автоматизмов, возникающих в связи с сумеречным состоянием сознания, является сноговорение.

Реже встречаются сумеречные состояния сознания с разнообразными автоматизированными однообразными движениями (подпрыгивания, вращение вокруг своей оси, внезапный бег, более сложные, хотя и нецеленаправленные, действия — раздевание, перекладывание вещей и т. п.), которые внезапно возникают во время бодрствования, в дневные часы.

Наблюдавшийся нами мальчик 10 лет, больной эпилепсией, периодически внезапно становился странным, с «отсутствующим взглядом», производил однообразные автоматизированные действия: перекладывал предметы, перебирал листы бумаги, судя по отрывочным высказываниям, иногда при этом испытывал галлюцинации —«видел» толпу людей. Один раз в таком состоянии схватил котенка и начал стричь на нем шерсть ножницами. Придя в себя, никогда не помнил, что с ним было в период нарушенного сознания.

Ближе к проявлениям сумеречных состояний, свойственным более старшему возрасту, некоторые разновидности ночных страхов, при которых ребенок внезапно просыпается, нередко с криком, искаженным от ужаса лицом, испытывает сильный страх, плачет, нередко переживает обманы восприятия, преимущественно в виде устрашающих зрительных галлюцинаций (видится кто-то в черном, какие-то чудовища), совершает однообразные автоматизированные действия, не отвечает на вопросы и не реагирует на успокаивающие слова родителей. Подобные состояния могут длиться от нескольких минут до часа и прекращаются также внезапно, вслед за чем ребенок вновь засыпает. Воспоминаний о таких ночных страхах не сохраняется.

Рудиментарные сумеречные состояния в форме страхов, сопровождающихся обманами восприятия и автоматизированными действиями, могут изредка наблюдаться днем.

Развернутые сумеречные состояния с преобладанием психических нарушений встречаются преимущественно у

старших подростков. На первый план в этих случаях выступают аффективная напряженность, страх или злоба со стремлением к агрессии, двигательное возбуждение. Кроме того, нередко бывают отрывочные образно-чувственные бредовые идеи преследования, отдельные зрительные или, чаще, вербальные галлюцинации. Сумеречное состояние длится от 1—2 ч до нескольких суток. По выходе из него отмечается полная амнезия как болезненных переживаний, так и реальных событий в период помраченного сознания.

Сумеречные состояния у детей возникают чаще, чем у взрослых, но в большинстве случаев бывают рудиментарными и кратковременными, с преобладанием двигательных автоматизмов.

Встречаются сумеречные состояния в остром и отдаленном периоде мозговых инфекций и травм, при тяжелых интоксикациях, текущих органических заболеваниях головного мозга (опухоли, нейроревматизм, нейросифилис и др.), эпилепсии, а также при острых реактивных психозах (аффективно-шоковых и истерических). Рудиментарные сумеречные состояния в форме ночных страхов, сноговорений и снохождений могут возникать и при неврозах.

Наиболее типичны сумеречные состояния при так называемой височной эпилепсии, когда они входят в состав психомоторных, психосенсорных и психических пароксизмов.

Сумеречные состояния в случаях экзогенно-органических заболеваний головного мозга эпизодичны и нередко связаны с декомпенсацией гидроцефалии.

При психогенных заболеваниях в основе сумеречного состояния лежит аффективное сужение сознания, в связи с чем изменение сознания значительно менее глубокое, нередко допускает частичный контакт с больным. Кроме того, отмечается связь болезненных переживаний и поведения больного в сумеречном состоянии с содержанием психотравмирующей ситуации.

Нарушения самосознания

Согласно материалистическим представлениям И. М. Сеченова (1947) о самосознании как сознании своего «я», сознании личности, формирующемся в тесном взаимодействии с отражением внешнего мира, под самосознанием в советской психологии и психиатрии понимается отражение в сознании человека субъективных процессов и собственной личности в целом [Семенов С. Ф., 1966].

Начальным этапом формирования самосознания в онтогенезе И. М. Сеченов (1947) считал появление самоощущения у ребенка на 1—2-м году жизни. Следующий этап начинается в дошкольном возрасте и заканчивается, согласно J. Lhermitt (цит. А. А. Меграбян, 1962), к 12 годам формированием представлений о схеме тела.

Третьим этапом можно считать появление самооценки, т. е. способности осознавать свои умения и отдельные качества [Эльконин Д. Б., 1960], в конце дошкольного возраста.

Наконец, высшим этапом развития самосознания является способность осознания субъективных переживаний, которая, по мнению некоторых авторов [Ушаков Г. К., 1966; Vallon H., 1967], начинает проявляться приблизительно с 12-летнего возраста.

Главными клиническими критериями нарушения самосознания С. Ф. Семенов (1966) считает расстройство сознаний своего «я» как личности и отсутствие или искажение сознания субъективной принадлежности собственных психических актов.

Психопатология расстройств самосознания изучена недостаточно, в связи с чем конкретное содержание форм нарушенного самосознания, их взаимоотношения с другими психопатологическими феноменами трактуются исследователями по-разному, а их общепринятой классификации пока не существует. Наиболее признаны 2 группы расстройств самосознания: состояния деперсонализации — дереализации и патологические явления психического автоматизма [Меграбян А. А., 1962; 1972; Семенов С. Ф., 1966]. Хотя в обоих случаях имеются психопатологический механизм психического отчуждения и чувство отчуждения, при состояниях деперсонализации — дереализации оно субъективное, а при явлениях психического автоматизма чувство отчуждения имеет оттенок объективного воздействия извне, принуждения.

Психопатология расстройств самосознания в детском возрасте, в период формирования самосознания, почти совершенно не изучена.

В соответствии с приведенным подразделением рассмотрим возрастные особенности состояний деперсонализации — дереализации и явлений психического автоматизма у детей и подростков. Расстройства сенсорного синтеза (психосенсорные), в том числе нарушения схемы тела, у детей ряд авторов [Меграбян А. А., 1962; Семенов С. Ф., 1966] сближают с нарушениями самосознания или включают в их

рамки. Ввиду преобладания компонентов искаженного ощущения и восприятия мы отнесли их к группе иллюзий и рассматривали выше, в разделе, посвященном нарушениям чувственного познания. Вместе с тем психопатологическая принадлежность психосенсорных расстройств, по-видимому, неоднозначна и нуждается в уточнении.

Состояния деперсонализации-дереализации

Оформленный синдром деперсонализации, включающий чувство измененности собственных ощущений, восприятий, действий, эмоций, отчуждение мыслительных процессов, осознанные переживания чуждости и утраты единства своего психического «я», до пубертатного периода не наблюдается, однако нередко встречается у старших подростков и в юношеском возрасте. По мнению некоторых авторов [W. Mayer-Gross,— цит. по А. Б. Смулевич, В. Д. Воробьев, 1973], наиболее выраженные проявления синдрома деперсонализации — дереализации свойственны данному возрастному периоду из-за наиболее интенсивного становления самосознания.

Разнообразные проявления состояний деперсонализации условно подразделяют [Меграбян А. А., 1962; Haug K., 1939] на симптомы соматопсихической деперсонализации (чувство чуждости, измененности телесных ощущений), аутопсихической деперсонализации (переживание измененности собственных психических процессов, утраты чувства своего «я», раздвоение «я» и т. п.) и аллопсихической деперсонализации (болезненно измененное переживание восприятия окружающего, которое кажется необычным, странным, нереальным, бесцветным, безжизненным).

Исходя из онтогенетической концепции самосознания И. М. Сеченова (1947), выделявшего его чувственную и познавательную формы, некоторые современные исследователи подразделяют деперсонализацию на чувственную, идеаторную и анестетическую [Смулевич А. Б., Воробьев В. Ю., 1973; Воробьев В. Ю., 1977].

У детей и подростков встречаются все названные виды деперсонализации, но они имеют ряд возрастных особенностей.

По данным В. М. Башиной (1978), у детей до 3 лет явления деперсонализации не обнаруживаются, а у более старших возможны разнообразные рудименты деперсонализации. Так, при шизофрении у детей преддошкольного и дошкольного возраста В. М. Башина (1978) выделяет

11 типов проявлений деперсонализации: замену «я» иным «я» (ребенок просит называть его другим именем), игровое перевоплощение, утрату сознания собственного пола (девочка считает себя мальчиком), отсутствие ощущения сытости, удовлетворения жажды, выполненного действия, нарушение восприятия физической целостности («одна сторона чужая»), утрату сознания возраста, чувств и т. д. Однако остается спорным отнесение к феноменам деперсонализации регрессивного поведения и задержек созревания самосознания.

По нашим наблюдениям, у детей до 10—11 лет явления деперсонализации, как правило, рудиментарны, единичны, не складываются в оформленный синдром, в основном выступают в форме чувственной соматопсихической деперсонализации. Так, дети раннего и дошкольного возраста в случаях патологии, чаще при шизофрении, могут ощущать, будто части их тела (руки, ноги, голова) существуют отдельно, вне их самих.

В наблюдении А. Н. Чеховой (1963) девочка в возрасте около 3 лет заявляла: «Ушки и ручки лягут спать», «Моя ручка идет обедать». В нашем наблюдении мальчик 10 лет, больной шизофренией, испытывая временами ощущение своеобразной легкости в голове, говорил: «Моя голова, как шарик, оторвется и улетит». Девочка 12 лет переживает особое чувство, будто у нее «внутри становится темно». Другая наблюдавшаяся нами девочка 12 лет жаловалась на то, что время от времени ее «руки становятся, как ватные», иногда она «совсем себя не чувствовала, одни глаза оставались».

Аутопсихическая деперсонализация у детей выражается в формах, не свойственных подросткам и взрослым, часто становясь не столько идеаторной, сколько чувственно-образной. Так, например, мальчик 10 лет, описывая появление чувства измененности мышления, заявлял: «Я чувствую всполошение в голове».

Проявлением отчужденности своего «я» у детей преддошкольного и дошкольного возраста можно считать упорное называние себя и своих действий в третьем лице: «Петя хочет гулять» (вместо «я хочу гулять»), «Дайте Мише конфету» (вместо «дайте мне конфету») и т. п. Реже в этом возрасте (преимущественно при шизофрении) встречается переживание утраты единства своего «я», которое также обычно выступает в образной, а не в идеаторной форме. Так, упоминавшаяся выше девочка в возрасте около 3 лет (наблюдение А. Н. Чеховой, 1963) говорила о себе одновременно в двух лицах — Нина и Нисик: «Сейчас Нина будет кормить Нисика», «У меня в супе еще осталась картошка, а вот Нисик все скушал».

Специфической возрастной формой аутопсихической деперсонализации, также выражающейся в чувственно-образной форме, является патологическое игровое перевоплощение у детей дошкольного возраста. Эта форма впервые была описана Т. П. Симсон (1948). Дети с патологическим игровым перевоплощением надолго перевоплощаются в животных: лошадь, собаку, кошку, полностью входят в эту роль, игнорируя реальность, считают, что у них не руки и ноги, а копыта, лапки, ходят на четвереньках, требуют кормить их овсом, травкой, сырым мясом, могут, подобно собаке, укусить и т. п. В отличие от здоровых детей они с трудом переключаются на реальные отношения, сердятся, раздражаются, когда их пытаются отвлечь от необычной «игры».

Редко встречающимся до пубертатного возраста видом аутопсихической деперсонализации можно считать симптом двойника. Так, по наблюдениям Г. Е. Сухаревой (1955), при так называемой сенсорной форме энцефалита ребенку иногда кажется, будто рядом с ним идет его двойник («я иду и как будто я рядом иду»). Ребенок не осознает свое собственное отражение в зеркале как принадлежащее ему. Например, наблюдавшаяся нами девочка 11 лет, больная шизофренией, возникшей при резидуально-органической церебральной недостаточности, считала свое отражение в зеркале другой девочкой, разговаривала с ней, заявляла, что познакомилась с девочкой, «которую видела в зеркале».

У детей эти формы аутопсихической деперсонализации, как и другие, имеют отчетливый чувственно-образный характер.

Проявления аллопсихической деперсонализации или дереализации до пубертатного возраста еще более рудиментарны, отрывочны, неразвернуты. У детей дошкольного и младшего школьного возраста их выявление затруднено в связи с незрелостью самосознания и недостаточностью самоотчета. У детей старше 9—10 лет они чаще выступают в виде психических пароксизмов «уже виденного» и «никогда не виденного» при эпилепсии и эпилептиформных состояниях.

В пубертатном возрасте феномены деперсонализации приобретают психопатологическую завершенность; в них наряду с ярким чувственным в большинстве случаев отчетливо представлен идеаторный компонент, появляется осознанное переживание чуждости своего «я», его раздвоения. Состояния деперсонализации в основном имеют вид

деперсонализационных расстройств, свойственных взрослым. Однако чувственная окраска болезненных переживаний более яркая, часты включения соматопсихической деперсонализации.

Девочка 15 лет почти постоянно испытывает чувство, описываемое словами «я — не я», «себя не чувствую, ощущаю только голову». Другая девочка 16 лет также испытывает состояние «я — не я», сопровождающееся ощущением, будто «руки и ноги не свои». Мальчик 14 лет периодически становится подавленным, напряженным, при этом у него возникает чувство измененности в нем самом, особенно в мышцах, половом члене, окружающее кажется застывшим, «мертвым».

Более выраженный идеаторный компонент аутопсихической деперсонализации иллюстрируют высказывания наблюдавшейся нами больной 14 лет: «я — не я», «я отделена от мира», «у меня состояние отгороженности, как будто я живу в собственной оболочке».

В пубертатном возрасте впервые появляется и нередко достигает значительной выраженности депрессивная, или анестетическая, деперсонализация, т. е. особая разновидность аутопсихической деперсонализации с преимущественным отчуждением аффективных переживаний. Как отмечалось в разделе, посвященном эмоциональным расстройствам, такая форма деперсонализации наблюдается при выраженных депрессивных состояниях (чаще при эндогенных депрессиях) и обозначается как anaesthesia psychica dolorosa. Переживание «психического бесчувствия» часто сочетается с другими признаками деперсонализации — дереализации, как видно из клинического примера, приведенного в главе 4.

Явления дереализации становятся более выраженными и яркими во второй половине пубертатного периода, приблизительно с 16 лет.

У наблюдавшейся нами девушки 17 лет временами наступали своеобразные состояния, во время которых все окружающее виделось «словно сквозь толщу воды», предметы казались чуждыми, незнакомыми, хотя она узнавала их, «вокруг образовалась пустота», возникало ощущение, будто она «остается совсем одна во Вселенной». При этом казалось, что и сама изменилась, чувствовала себя постаревшей.

При деперсонализации — дереализации имеются не расстройства восприятия в собственном смысле слова, а нарушения субъективного переживания, осознавания собственных восприятий и ощущений. То же относится и к другим психическим процессам, которые, качественно не изменяясь, по-иному, субъективно осознаются больными. Детям старшего возраста и подросткам свойственно более или

менее сохранное критическое отношение к деперсонализационным переживаниям, которые расцениваются как кажущиеся.

Нарушения самосознания типа деперсонализации — дереализации встречаются у детей и подростков при различных формах психической патологии: шизофрении, депрессивных фазах циркулярного психоза, органических заболеваниях головного мозга, эпилепсии, реже — при тяжелых невротических состояниях.

Для деперсонализации в рамках шизофрении свойственно преобладание переживаний чуждости своего «я» и утраты его единства. Сюда относятся бо́льшая часть случаев патологического игрового перевоплощения, раздвоения «я». Кроме того, проявления деперсонализации — дереализации у больных шизофренией вычурные, причудливые, с более или менее выраженным преобладанием идеаторного компонента, нередко сочетаются с явлениями психического автоматизма.

Депрессивную фазу циркулярного психоза, иногда манифестирующего у старших подростков (в 15—17 лет), нередко сопровождают такие явления деперсонализации, как отчуждение чувств, доходящее до «болезненного психического бесчувствия», переживания неполноты и недостаточности собственных психических процессов (памяти, мыслительных функций, волевой активности), а также произвольной деятельности, чувство замедленного течения времени. Часто имеется дереализация с переживанием отсутствия связи с окружающим, пространственной изоляции. Все эти феномены выступают на фоне подавленного, тоскливого настроения.

При органических заболеваниях головного мозга преобладают явления соматопсихической деперсонализации, которые переплетаются с нарушениями схемы тела. На первый план выступает чувственный компонент, а идеаторный выражен слабо. Редко встречаются переживания чуждости своего «я» в форме одновременного существования двух различных личностей (однако возможен симптом двойника). Явления дереализации относительно просты, они чувственные, сочетаются с метаморфопсиями и другими иллюзиями.

У больных эпилепсией феномены деперсонализации — дереализации в большинстве случаев пароксизмальные, относительно элементарны по содержанию и часто возникают на фоне нарушенного сознания (типа неглубокого сумеречного состояния или легкого оглушения).

Наконец, эпизодические, преходящие явления деперсонализации — дереализации изредка могут возникать при выраженных невротических состояниях (в рамках астенического, депрессивного невроза, невроза навязчивостей) и невротических развитиях личности у подростков. В таких случаях они выражаются в основном в виде соматопсихической деперсонализации (отчуждение тела, его отдельных частей, чувство чуждости своего голоса, ощущение замедления собственных движений и т. п.) и дереализации (чувство нереальности окружающего). Аутопсихическая деперсонализация, в частности чувство измененности своего «я», изредка наблюдается лишь в юношеском возрасте, приблизительно начиная с 16—17 лет. В отличие от эндогенных заболеваний деперсонализационные переживания относительно просты, не вычурны, больной всегда относится к ним как к нереальным, кажущимся явлениям.

Явления психического автоматизма

Синдром психического автоматизма (Кандинского — Клерамбо), включающий псевдогаллюцинации, бредовые идеи воздействия и разнообразные переживания нарушения ощущений, чувств, движений, мыслительных процессов, которые становятся непроизвольными, чуждыми для личности, как бы «сделанными» посторонней силой, в завершенной форме у детей и даже подростков до 15 лет не наблюдается. Однако отдельные его компоненты, прежде всего псевдогаллюцинации и рудименты идей воздействия, могут возникать уже в преддошкольном возрасте.

Наблюдавшийся нами мальчик 4 лет убежденно говорил, что «фильмы по телевизору показывают специально для него, чтобы его расстроить». Девочка 7 лет считает, что «колдун заставляет ее делать плохо». В обоих этих случаях можно говорить о рудиментах идей воздействия.

Характеристика психопатологических особенностей псевдогаллюцинаций у детей изложена выше.

Более подробно остановимся на психопатологии в детском возрасте других проявлений синдрома Кандинского — Клерамбо, которые нередко рассматриваются как психические автоматизмы в более узком смысле, возникающие в результате психического отчуждения.

В соответствии со взглядами Клерамбо (цит. А. А. Меграбян, 1962) принято различать 3 вида психических автоматизмов: идеаторный (ассоциативный), сенсорный (сенестопатический) и моторный (кинестетический). У детей и

подростков, как и у взрослых, чаще встречаются явления идеаторного автоматизма, которые в детском возрасте, как правило, выступают не в рамках развернутого синдрома Кандинского — Клерамбо, а относительно изолированно, лишь изредка сочетаясь с иными видами автоматизмов. Несколько чаще встречается их сочетание с эпизодическими псевдогаллюцинациями.

Идеаторные автоматизмы у детей проявляются в виде звучания мыслей, «отнятия» мыслей, непроизвольных наплывов мыслей (ментизм), «сделанных» мыслей, ощущения, будто кто-то путает мысли, «мешает думать», «записывает мысли», «вкладывает чужие мысли».

По нашим наблюдениям, эпизодически возникающие нестойкие идеаторные автоматизмы возможны уже в конце дошкольного возраста и в младшем школьном возрасте. Упоминавшийся выше больной, у которого в 4 года возникли рудименты идей воздействия, в 7 лет иногда заявлял, что «его мысли улетают в коридор».

Ввиду выраженности у детей наглядно-образного компонента мышления идеаторные автоматизмы нередко выступают как феномены, близкие к псевдогаллюцинациям.

У мальчика 10 лет временами «сами появляются плохие мысли», которые он иногда «видит» в голове «написанными белыми чернилами на красном фоне». У него «есть одна мысль с усами, которая заставляет сделать что-нибудь нехорошее, пойти на кладбище и вырыть покойника». По его словам, у него «в голове много также говорящих мыслей», иногда их смысл непонятен мальчику, например, «звучащая мысль Кинлосибол». У другого мальчика непроизвольно возникали воспоминания об умершей матери, которые превращались в голос матери, звучащий в голове.

Сенсорные автоматизмы у детей очень редки, практически встречаются лишь в пубертатном возрасте, выступая в форме «сделанных ощущений», тесно связанных с отрывочными идеями воздействия («сдавливают мозг», «искривляют позвоночник», «вставляют искусственное горло», «высушивают половые органы»).

Столь же редки моторные автоматизмы, которые отмечаются преимущественно лишь с пубертатного возраста. Подростки испытывают ощущение, будто «кто-то меняет их походку», «придает неудобные позы», «сковывает движения».

Вместе с тем речедвигательные автоматизмы (речедвигательные псевдогаллюцинации Сегла) встречаются изредка у более младших детей. Например, наблюдавшийся нами мальчик 8 лет иногда чувствовал во время разговора, как у него «непроизвольно вылетают слова», не связанные

с темой беседы. Другой мальчик 7 лет сообщил, что временами чувствует, как «его языком говорят особые существа — Милинята или Милиненки». Они были персонажами его патологических образных фантазий.

Явления психического автоматизма, описанные выше, у детей и подростков чаще всего встречаются в клинике шизофрении, когда наиболее выражены нарушения самосознания в виде отчуждения психических феноменов. При этом типичны сочетание психических автоматизмов с симптомами деперсонализации, рудиментами бредовых идей воздействия, преследования, патологическими фантазиями, нарушениями логического строя мышления (паралогизмы, резонерство и др.), их возникновение на фоне аутистического поведения.

Рудиментарные идеаторные автоматизмы в форме непроизвольных воспоминаний, чувства ослабления способности управлять ходом мыслей в редких случаях возможны при выраженных невротических состояниях, особенно в случае затяжного астенического невроза у старших подростков.

Фрагментарные явления психического автоматизма, главным образом псевдогаллюцинации (голос, реже зрительный образ, воспринимаемый в голове), иногда встречаются при органических психозах, в частности при так называемых периодических психозах у подростков. Псевдогаллюцинации при этом бедные, стереотипного содержания.

Наконец, крайне редко бывают идеаторные автоматизмы при эпилепсии у подростков в виде пароксизмально возникающих кратковременных ощущений «исчезновения» или «остановки» мыслей.

Часть вторая

ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫЕ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ ДЕТСКОГО И ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

Глава 9

НЕГАТИВНО-ДИЗОНТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ

Синдромы тотальной ретардации (общего психического недоразвития)

В основе синдромов данной группы лежит психический дизонтогенез с недоразвитием всех сторон психики. Однако ведущая роль в структуре такого общего психического недоразвития принадлежит недоразвитию познавательных, когнитивных способностей. Психопатологическим «стержнем» синдромов общего психического недоразвития у взрослых, подростков и детей школьного возраста является слабость абстрактного мышления в виде недостаточной способности к обобщению, пониманию причинно-следственных отношений, ситуационного типа мышления [Выготский Л. С., 1960].

Общее психическое недоразвитие в медицинской, педагогической и патопсихологической литературе обозначают терминами «врожденное слабоумие», «олигофреническое слабоумие», «умственная отсталость».

Несмотря на сравнительно большое число дефиниций умственной отсталости в зарубежной литературе [Doll E., 1941; Tredgold A., 1952; Американская ассоциация психической недостаточности, 1973; Garrard S., Richmond J., 1975, и др.,— цит. Д. Н. Исаев, 1982], основными ее критериями признаются интеллектуальная недостаточность и слабость адаптивного (т. е. приспособительного) поведения. Иными словами, ведущее значение в понимании сущности и диагностике умственной отсталости отводится психологическому и социальному критериям. В отличие от этого в советской психиатрии общее психическое недоразвитие, т. е. состояние умственной отсталости, трактуется прежде всего с клинико-психопатологических позиций.

Так, Г. Е. Сухарева (1965) относит к олигофрениям те формы общего психического недоразвития, при которых, во-первых, преобладает интеллектуальный дефект и, во-вторых, отсутствует прогредиентность. Те же основные критерии олигофренического слабоумия используют в дефинициях олигофрении другие современные советские психиатры. В частности, в нашем определении [Ковалев В. В., 1979, 1982] олигофрений как группы различных по этиологии, патогенезу и клиническим проявлениям патологических состояний к их общим признакам отнесены врожденное или приобретенное в раннем возрасте (до 3 лет) общее недоразвитие психики с преобладанием интеллектуальной недостаточности, а также отсутствие прогредиентности. Такое понимание олигофренического слабоумия позволяет принципиально отграничивать его от деменций как резидуально-органического, так и процессуального происхождения. В то же время преимущественно психологический и социальный подход к понятию умственной отсталости, свойственный многим зарубежным определениям, часто имеет следствием смешение и отождествление врожденного и приобретенного слабоумия, что может отрицательно влиять на прогноз и социальную адаптацию.

Недостаточность интеллектуальной деятельности при олигофреническом слабоумии в той или иной степени сказывается на всех психических процессах, прежде всего познавательных. Замедлено и сужено восприятие, нарушено установление сходства и различий воспринимаемых объектов, недостаточна избирательность восприятия объектов и явлений. Недостаточность восприятия тесно связана с нарушениями активного внимания: загруднением его фиксации и легкостью рассеивания. Отмечается замедление и непрочность запоминания, низкий уровень логической памяти.

Недостаточность «направляющей силы ума» [Корсаков С. С., 1957] сказывается и на состоянии эмоциональной сферы и волевой деятельности. В частности, в эмоциональной сфере имеются слабость, недоразвитие высших эмоций (интеллектуальные, эстетические, нравственные эмоции и интересы). В волевой сфере недостаточность «направляющей силы ума» проявляется в отсутствии устойчивой мотивации поведения, в большей ее зависимости от внешней обстановки, случайных воздействий среды, а также в выраженной зависимости мотивов поведения от недостаточно подавляемых элементарных инстинктивных потребностей и влечений.

Словарный запас бедный, речь с неточным и недостаточно обобщенным использованием слов, обилием штампов, неразвернутыми фразами, часто аграмматизмами и дефектами произношения.

Признаки недоразвития имеются и в психомоторике. Оно проявляется не только в запаздывании развития статических и кинетических функций, но и в недостаточной продуктивности, целесообразности, и координированности движений, их угловатости, отсутствии плавности. Особенно страдают тонкая ручная моторика, а также мимика и пантомимика.

В то же время в типичных случаях достаточно развиты эволюционно более древние «природно-психические» [Ковалев В. В., 1973, 1975] компоненты личности, такие как темперамент, потребности, связанные с инстинктами, низшая аффективность.

Указанные особенности психического дефекта складываются в индивидуальном развитии не сразу, становясь более отчетливыми к концу дошкольного — началу школьного возраста. В более младшем и раннем детском возрасте недостаточность познавательной деятельности проявляется преимущественно в недоразвитии нервно-психических функций и тех видов деятельности, которые относятся к начальным этапам развития абстрактного познания.

Так, на первом году жизни отстает развитие психомоторики, отмечается замедленное и искаженное становление зрительных и слуховых условных рефлексов, недостаточность эмоционально-волевых реакций, выражающаяся в неполноценности «комплекса оживления», запаздывании появления эмоциональных реакций на окружающее (лицо матери, яркие и звучащие игрушки и т. п.), преобладании вялости, сонливости. На 2-м и 3-м году недостаточность познавательной деятельности выступает главным образом в особенностях поведения, игровой деятельности, а также в отставании развития речи (запаздывание первых слов, отсутствие фразовой речи, значительные дефекты произношения). Затруднено освоение навыков самообслуживания. Отсутствует или слабо выражен познавательный интерес к окружающему, свойственный здоровым детям. Игра выглядит как бессодержательное однообразное манипулирование с предметами. Контакт со сверстниками эпизодичный, нестойкий. В дошкольном возрасте такие дети редко задают вопросы «что это такое?», «кто это?», не спрашивают «почему?». Нет дифференцированного интереса к интеллектуальным формам игровой деятельности, игры

обычно нецеленаправленные, подражательные. Слабо дифференцированы или отсутствуют высшие эмоции (сочувствие, сострадание, дифференцированное чувство привязанности и т. п.). Недостаточен для возраста запас сведений и умений, бедна и часто аграмматична фразовая речь.

У детей школьного возраста на передний план все более отчетливо выступает недостаточность абстрактного мышления. Обычно мышление конкретно-ситуационное, со слабостью или невозможностью обобщения, неспособностью выделения существенных признаков предметов и явлений. Особенно отчетливо интеллектуальная недостаточность выявляется в процессе обучения: дети даже с неглубокой умственной отсталостью с трудом осваивают счетные операции, механически, не понимая смысла, заучивают правила, не могут отделить главное от второстепенного, а тем более понять идею прочитанного рассказа. При глубокой умственной отсталости усвоение отвлеченных знаний и школьное обучение могут оказаться вообще невозможными.

У старших подростков наряду с недостаточностью абстрактного мышления становится более заметной незрелость личности, которая выражается в некритичности, повышенной внушаемости, неспособности самостоятельно принять правильное решение в сложных житейских ситуациях, низком уровне притязаний, выраженной зависимости поведения от внешней ситуации, а также собственных аффектов и влечений, импульсивности поступков.

Общее психическое недоразвитие при олигофрении часто сочетается с разнообразными неспецифическими нарушениями: отклонениями черепной иннервации, пирамидной недостаточностью, парезами, нарушениями мышечного тонуса, диэнцефальными расстройствами, в частности церебрально-эндокринной недостаточностью.

В соматическом статусе при олигофрении нередко отмечаются разнообразные аномалии развития и дисплазии — деформации и нарушения соотношения размеров черепа, аномалии строения и расположения ушных раковин, глаз, челюстей, зубов, укорочение фаланг пальцев и т. д. Несколько реже бывают дизрафические симптомы (заячья губа, расщепление неба, spina bifida, сращение пальцев — синдактилия и др.). В случаях олигофрении, связанных с нарушением эмбрионального развития, часто встречаются пороки развития внутренних органов — сердца, легких, мочеполовых органов, желудочно-кишечного тракта. При некоторых дифференцированных формах олигофрении име-

ется недоразвитие тех или иных систем организма, например костной системы, кожи и др.

Принципиально важным общим признаком олигофренического слабоумия является его относительная стабильность с эволютивной, возрастной, но не прогредиентной динамикой [Сухарева Г. Е., 1965, 1972]. Развитие познавательных процессов подчиняется общим возрастным закономерностям психического созревания [Выготский Л. С., 1960; Рубинштейн С. Я., 1971], но происходит значительно медленнее, а потому никогда не достигает интеллектуального уровня, соответствующего паспортному возрасту.

Олигофреническое слабоумие в отечественной психиатрии традиционно подразделяется по выраженности интеллектуального и личностного дефекта на дебильность, имбецильность и идиотию, которые соответствуют определенным уровням психометрического коэффициента интеллектуальности (IQ) по шкалам Стенфорда — Бинэ, Векслера, широко используемым за рубежом.

Дебильность — легкая умственнная отсталость (IQ=50—70), характеризуется у детей школьного возраста и подростков достаточным развитием обиходной речи, способностью к усвоению специальных учебных программ, основанных преимущественно на конкретно-наглядных методиках и более медленном обучении. Дети могут овладеть несложными трудовыми и профессиональными навыками. При дебильности отмечается относительная адекватность и самостоятельность поведения в привычной обстановке, удовлетворительная социальная адаптация в условиях, не предъявляющих новых и усложняющихся требований к личности.

Имбецильность — средняя степень умственной отсталости (IQ=20—49) с выраженной конкретностью и ситуационным характером мышления, неспособностью к образованию отвлеченных понятий, недостаточным развитием речи с аграмматизмами и косноязычием, общей моторной недостаточностью. Имбецилы не могут обучаться по программам вспомогательных школ. Вместе с тем им доступны навыки самообслуживания, а нередко и элементарные трудовые навыки. Темп психического развития при имбецильности резко замедлен. В Международной классификации болезней (9-го пересмотра) имбецильность подразделяется на умеренную и тяжелую. У детей с тяжелой имбецильностью слабо развита речь, они могут приобретать только навыки самообслуживания, но не трудовые навыки.

Идиотия (глубокая умственная отсталость, по Международной классификации болезней 9-го пересмотра) — самое глубокое общее психическое недоразвитие (IQ менее 20). Мышление и речь почти не развиты, восприятия слабо дифференцированы, реакции на окружающее резко снижены и часто неадекватны, эмоции ограничены чувствами удовольствия и недовольства, любая осмысленная деятельность, в том числе навыки самообслуживания, недоступна, дети часто неопрятны вследствие недержания мочи и кала. Грубо недоразвиты статические и локомоторные функции, в связи с чем многие дети не умеют самостоятельно стоять и ходить. В одних случаях они вялые, малоподвижные, в других — склонны к однообразному двигательному возбуждению со стереотипными примитивными движениями (раскачивания туловища, взмахи рук, хлопанье в ладоши). У некоторых эпизодически возникают немотивированные агрессия и аутоагрессия (могут внезапно ударить, укусить, царапать себя, наносить себе удары и т. п.). Относительно часто встречаются повышенные и извращенные влечения — дети упорно онанируют, поедают нечистоты. Жизнь таких больных проходит на инстинктивном уровне. Они нуждаются в постоянном надзоре и уходе. Отмечаются выраженные неврологические нарушения и соматические аномалии, описанные выше.

Наряду с олигофреническим слабоумием, имеющим типичную психопатологическую структуру, наблюдаются атипичные варианты с неравномерностью нарушений познавательных функций, диспропорцией между недостаточностью мышления и предпосылками интеллекта (в понимании K. Jaspers, 1973), выраженными эмоционально-волевыми нарушениями, что сближает их с состояниями приобретенного слабоумия (деменции).

Атипичное олигофреническое слабоумие описано при недоразвитии отдельных систем головного мозга, при детских церебральных параличах, эндокринопатиях, гидроцефалии [Сухарева Г. Е., 1965]. Значительная атипия олигофренического слабоумия наблюдается и при ряде метаболических олигофрений, в частности при фенилкетонурии.

Ребенок с атипичным олигофреническим слабоумием при недостаточности лобных систем [Певзнер М. С., 1959] отличается вялостью, пассивностью, автоматической подчиняемостью, грубым нарушением целенаправленности действий, разрывом между внешней и смысловой сторонами речи (не понимает смысла своих

высказываний, не может выполнить словесного задания). Атипично психическое недоразвитие при выделенных С. С. Мнухиным (1956, 1968) астенической и атонической олигофрении.

Астеническая олигофрения сопровождается сочетанием неглубокого интеллектуального недоразвития с выраженными нарушениями школьных навыков (чтения, письма, счета), а также недостаточностью последовательных действий, пространственной ориентировки и тонкой моторики.

Атонической олигофрении наряду с интеллектуальной недостаточностью разной глубины свойственны вялость, аспонтанность, бедность и невыразительность эмоций, сниженная потребность в контакте с окружающими, слабость инстинктов (оборонительного и пищевого), выраженная недостаточность активного внимания с преобладанием пассивного (апрозексия), своеобразная вычурность мышления, склонность к рассуждательству, чудаковатость, т. е. шизофреноподобные проявления. У части больных отмечаются нецеленаправленная двигательная расторможенность и суетливость, элементы «полевого поведения». Кроме того, встречаются больные с эйфорическим фоном настроения, дурашливостью, болтливостью и развязностью. В связи с этим Д. Н. Исаев (1968, 1982) выделяет аспонтанно-апатический, акатизический и мориоподобный варианты атонической олигофрении.

В патогенезе астенической и атонической олигофрении важная роль отводится нарушениям функций активирующей системы ствола мозга и межуточного мозга [Мнухин С. С., 1968], а также расстройству деятельности лимбической системы [Исаев Д. Н., 1968, 1982].

К атипичным формам олигофрений, связанным с недостаточностью глубинных структур головного мозга, относится также дисфорическая форма, выделенная С. С. Мнухиным (1968) и Д. Н. Исаевым (1968, 1982). Для нее характерны немотивированные колебания настроения, раздражительность, озлобленность, склонность к аффективным разрядам гнева с агрессивными и разрушительными действиями, выраженная двигательная расторможенность.

Атипична структура общего психического недоразвития при детских церебральных параличах. Интеллектуальная недостаточность при них отличается диссоциацией между относительно неглубоким дефектом мышления и выраженным недоразвитием ряда высших корковых функций — пространственного анализа и синтеза, праксиса,

счетных операций. Следствием этого является нарушение выработки школьных навыков счета и письма. Кроме того, отмечаются вялость, адинамия, инертность психических процессов и в то же время психическая импульсивность. Бывают выраженные расстройства памяти, особенно зрительной и тактильной, а также нарушения активного внимания (трудность привлечения, затрудненная переключаемость, низкая активность) [Кириченко Е. И., 1965; Симонова Н. В., 1973; Калижнюк С. С. и др., 1975; Семенова К. А., Махмудова Н. М., 1979].

Атипия интеллектуальной недостаточности усиливается такими признаками личностной незрелости, как повышенная тормозимость в новой, незнакомой обстановке, пугливость, не соответствующая возрасту детскость поведения.

С. С. Мнухин (1968) выявил различия психического дефекта при локализации поражения в доминантном (левом) и субдоминантном (правом) полушарии при детских церебральных параличах. Так, в первом случае отмечались более грубый интеллектуальный дефект, снижение эмоционального тонуса, бледность, невыразительность эмоций, недостаточные активность, живость и гибкость психики. У детей с поражением субдоминантного полушария интеллектуальная недостаточность была слабее, но наблюдались выраженные эмоциональные расстройства: эмоциональная неустойчивость, дисфории, повышенная аффективная возбудимость и агрессивность, явления насильственного беспокойства.

Структура олигофренического слабоумия атипична также при некоторых э н д о к р и н о п а т и я х, главным образом г и п о т и р е о з а х. Так, при олигофрении у больных эндемическим и спорадическим кретинизмом, а также врожденной микседемой отмечаются резкое замедление всех психических процессов — брадифрения, заторможенность психомоторики, слабость побуждений, позднее развитие сексуального влечения [Сухарева Г. Е., 1965]. У таких детей бывают аффективные вспышки, беспричинные колебания настроения на фоне преобладающего благодушия. Атипична психопатологическая структура о л и г о ф р е н и ч е с к о г о с л а б о у м и я, с в я з а н н о г о с г и д р о ц е ф а л и е й [Симсон Т. П., 1925; Сухарева Г. Е., 1965; Ковалев В. В., 1977]. Развитие речи опережает становление мышления. Больные обладают большим запасом слов, пользуются речевыми штампами и сложными оборотами, смысла которых часто не понимают. Отмечается склонность к своеобразному рассуждательству. Нередко обнару-

живаются хорошая механическая память, избирательная способность к счетным операциям, хороший музыкальный слух. Преобладает эйфорическое настроение с немотивированными колебаниями, эпизодами раздражительности, вспышками аффекта.

Атипичная структура общего психического недоразвития наблюдается при ряде метаболических олигофрений, прежде всего при фенилкетонурии. Глубокая интеллектуальная недостаточность (выраженная дебильность, имбецильность) при этой форме часто сочетается с выраженными эмоционально-волевыми нарушениями (однообразие и невыразительность эмоций, слабость побуждений, малая потребность в контактах с окружающими, в том числе близкими, безразличие). Нередко возникают эпизоды кататоноподобного возбуждения с импульсивностью, стереотипными вычурными движениями, манерностью, гримасами, эхопраксией и эхолалией. Возбуждение иногда чередуется со ступором, сопровождающимся у детей старшего возраста явлениями каталепсии. Таким образом, атипия олигофренического слабоумия связана с шизофреноподобными состояниями [Лебедев Б. В., Блюмина М. Г., 1972; Леденев Б. А., 1979]. Наряду с этим определенную атипию вносит частое сочетание общего психического недоразвития при фенилкетонурии с эпилептиформными полиморфными приступами [Леденев Б. А., 1979; Полищук И. А., Булахова Л. А., 1981].

Дифференциальная диагностика состояний общего психического недоразвития весьма сложна, что прежде всего связано с трудностью диагностики олигофренического слабоумия (умственной отсталости), о чем справедливо пишет Д. Н. Исаев (1982).

От олигофренического слабоумия приходится отграничивать широкий круг психической патологии. С одной стороны, это так называемые задержки психического развития, а также соматогенные астенические состояния с нарушениями интеллектуальных функций, а с другой — органические деменции и олигофреноподобные состояния психического дефекта при процессуальных психических заболеваниях [Сухарева Г. Е., 1965; Ковалев В. В., 1979; Исаев Д. Н., 1982].

В практической работе детского психиатра олигофреническое слабоумие наиболее часто приходится отграничивать от органических, шизофренических и эпилептических деменций, возникших в младшем детском возрасте, от различных задержек психического развития, прежде всего от

психического инфантилизма. Реже возникает необходимость дифференцировки олигофренического слабоумия и состояний интеллектуальной недостаточности при недоразвитиях речи (алалиях).

В данном разделе рассматривается отграничение олигофренического слабоумия от деменций и интеллектуальной недостаточности при алалиях. Дифференциальная диагностика общего психического недоразвития и синдромов психического инфантилизма изложена в следующем разделе данной главы.

Наиболее трудно дифференцировать олигофреническое слабоумие и резидуальную органическую деменцию, возникшую в раннем и преддошкольном возрасте. Экзогенно-органические заболевания (инфекции, травмы, интоксикации) центральной нервной системы, возникшие в раннем и преддошкольном возрасте, как правило, вызывают задержку или приостановку последующего психического развития, т. е. олигофренический компонент [Сухарева Г. Е., 1965] или олигофреноподобное состояние. От олигофренического слабоумия (умственной отсталости) его отличают, во-первых, данные анамнеза, свидетельствующие о хотя бы кратковременном периоде нормального нервно-психического развития ребенка (своевременное развитие статических, локомоторных функций речи, элементарных двигательных навыков), во-вторых, неравномерность структуры психического дефекта, в котором нарушения предпосылок интеллекта [K. Jaspers, 1973]: активного внимания, памяти, целенаправленности действий и мышления, речи, побуждения к деятельности — значительно превышают интеллектуальную недостаточность, в-третьих, диссоциация между глубиной интеллектуального дефекта и выраженностью расстройств личности (грубая некритичность, беспечность, эмоциональная уплощенность, эйфорический фон настроения, расторможение примитивных влечений), в-четвертых, частые расстройства высших корковых функций (агнозии, апраксии, нарушения пространственного восприятия и т. п.) и, наконец, несоответствие между глубиной интеллектуального дефекта и нарушением деятельности (грубые нарушения поведения, выраженная социальная дезадаптация при неглубокой интеллектуальной недостаточности).

При деменциях, связанных с прогрессирующими органическими заболеваниями головного мозга (наследственно-дегенеративные заболевания, нейросифилис, опухоли головного мозга и др.), наряду с перечисленными дифферен-

циально-диагностическими признаками важное значение имеет прогредиентность, проявляющаяся в утяжелении расстройств, углублении психического дефекта, присоединении дополнительных неврологических нарушений (парезы, нарушения черепно-мозговой иннервации, эпилептиформные припадки, гипертензионный синдром и т. п.).

Отграничения от олигофренического слабоумия, особенно атипичной структуры, требуют олигофреноподобные состояния, развившиеся в результате прогредиентных психических заболеваний (шизофрении и эпилепсии), которые начались в раннем детском и преддошкольном возрасте (примерно до 5 лет).

При дифференциальной диагностике олигофрении и олигофреноподобных состояний при шизофрении чаще устанавливают олигофрению у больных с рано начавшимся шизофреническим процессом, реже, в основном при атипичном (атонический вариант) олигофреническом слабоумии, ошибочно диагностируют шизофрению [Сухарева Г. Е., 1965].

При отграничении олигофреноподобных состояний у детей с рано начавшейся шизофренией от общего психического недоразвития следует опираться на динамику психических изменений, включая особенности психического развития, а также на психопатологическую структуру психического дефекта. При шизофрении нередко отмечается кратковременный период нормального доманифестного психического развития, а дети-олигофрены отстают в развитии психических и моторных функций с первых недель и месяцев жизни. В последующем у больных шизофренией возможно углубление дефекта с распадом ранее приобретенных навыков (особенно речи). При олигофрении наблюдается эволютивная динамика, главным образом более или менее резко замедленное развитие по сравнению со здоровыми детьми.

Структура дефекта при шизофрении более сложна и мозаична. Запас сведений, представлений может быть значительно больше, чем у детей-олигофренов. Однако отмечается выраженная диспропорция между интеллектуальными возможностями и внешней деятельностью. У детей-олигофренов деятельность больше соответствует интеллектуальному уровню. Помимо этого, детям с рано начавшейся шизофренией свойственны выраженный аутизм, обусловленный отсутствием потребности в контактах, тогда как при олигофрении нарушение общения связано с неумением устанавливать контакт, вялостью, недоразвитием речи.

Весьма характерны различия в структуре и логическом строе мышления. При шизофрении отмечается утрированная склонность к обобщениям с игнорированием конкретных свойств предметов и явлений, что ведет к псевдоабстрагированию. У детей с олигофренией, в том числе и при атипичных формах, напротив, имеется выраженная слабость или даже отсутствие способности к обобщению, преобладает конкретно-образное мышление.

Мышление больных шизофренией детей, кроме того, отличается рядом нарушений логического строя — соскальзываниями, паралогизмами, неологизмами и т. п.

При олигофреноподобных состояниях у больных шизофренией наблюдается не столько незрелость, недифференцированность эмоций, свойственная олигофрениям, сколько эмоциональная выхолощенность, безразличие, отсутствие каких-либо интересов.

Наконец, психопатологическая структура олигофреноподобных состояний при шизофрении, как правило, усложнена эпизодами кататонического возбуждения, однообразными ритуалами — следствиями бывших моторных навязчивостей, аффективными колебаниями, беспричинными страхами, отрывочными обманами восприятия.

При отграничении олигофренического слабоумия от олигофреноподобных состояний у детей с рано начавшейся эпилепсией следует принимать во внимание, во-первых, выраженную аффективную вязкость у больных эпилепсией, а также большую напряженность и взрывчатость аффекта, эгоцентризм, повышенный инстинкт самосохранения, агрессивность, преобладание угрюмого настроения со склонностью к дисфориям, чрезмерную обстоятельность и узость мышления, педантизм [Сухарева Г. Е., 1965; Исаев Д. Н., 1982]. Наряду с этим имеет значение нарастание эпилептических изменений личности: угрюмого настроения с раздражительностью и дисфориями, вязкости аффекта, брадифрении, психической инертности, затрудненной переключаемости. Дополнительными признаками служат периодически возникающие олигофазия, легкое оглушение, колебания работоспособности.

Решающее значение принадлежит выявлению пароксизмальных расстройств (судорожных и бессудорожных приступов) и соответствующих изменений ЭЭГ.

От олигофренического слабоумия изредка приходится отграничивать своеобразную возникающую в раннем и преддошкольном возрасте прогрессирующую деменцию при синдроме Геллера (dementia infantilis, Heller, 1908),

который описывается в основном при экзогенно-органических поражениях головного мозга [Винокурова А. И., 1936; Кудрявцева В. П., 1956; Сухарева Г. Е., 1965; Исаев Д. Н., 1982; Eggers Ch., Bickel H., 1974, и др.]. Некоторые авторы рассматривают его как вариант злокачественной шизофрении, начавшейся в раннем и преддошкольном возрасте [Вроно М. Ш., 1975].

В отличие от олигофрении синдром Геллера возникает у детей 3—5 лет, после периода нормального психического развития. Происходит быстрый распад речи с психической деградацией при частичном сохранении моторных навыков и без локальных неврологических выпадений и дисплазии телосложения. Глубокое слабоумие формируется спустя 1—1$^1/_2$ года от начала заболевания. Типично несоответствие между глубиной слабоумия и осмысленным выражением лица («лицо принца»).

У детей раннего и дошкольного возраста довольно сложно отграничение олигофренического слабоумия от психического дефекта при первичном недоразвитии речи (синдромы алалии).

Для детей с синдромами алалии (чаще с моторной и сенсомоторной алалией) характерно резкое запаздывание развития речи, отсутствие лепетной речи, очень позднее (5—6 лет) появление фразовой речи, состоящей из крайне упрощенных предложений, которые включают лишь 2—3 слова.

В дошкольном возрасте обращает на себя внимание выраженная диссоциация между импрессивной и экспрессивной речью, а также диспропорция между почти полным отсутствием самостоятельной речи и сравнительно неплохим общим психическим развитием. Дети хорошо понимают и правильно используют мимику и жесты, любознательны, проявляют интерес к играм и быстро усваивают правила подвижных игр, хорошо ориентированы в бытовых вопросах, сравнительно легко овладевают навыками самообслуживания и другими моторными навыками [Белова-Давид Р. А., 1974; Ковалев В. В., Кириченко Е. И., 1979]. Имеется большая диспропорция результатов выполнения вербальных и невербальных заданий [Исаев Д. Н., 1982]. Эти признаки существенно отличают алалии от олигофренического слабоумия. По нашим данным [Ковалев В. В., Кириченко Е. И., 1970, 1979], в младшем школьном возрасте у детей с алалией продолжают преобладать речевые расстройства, сохраняется диссоциация между более развитой импрессивной и плохо развитой экспрессивной

речью, выявляются нарушения школьных навыков (чтения и письма), расстройства ориентировки во времени и пространстве.

Собственно интеллектуальная недостаточность (чаще неглубокая) становится более заметной в среднем и старшем школьном возрасте. Она выражается в бедном запасе сведений об окружающем, недостаточности понятий о форме и величине предметов, затруднениях в выполнении счетных операций, неспособности к пересказу прочитанного. Даже в старшем школьном возрасте преобладает конкретно-образный тип мышления. Детям свойственны также инертность психических процессов, затрудненная переключаемость, пресыщаемость, недостаточность побуждений.

Основным отличием мыслительной деятельности у детей и подростков с алалиями от умственно отсталых можно считать значительно более высокий уровень наглядно-действенного и конкретно-образного мышления [Выготский Л. С., 1960]. Это проявляется в более легкой и адекватной бытовой адаптации, невербальной игровой деятельности, изобразительной деятельности, например рисовании, которые отличаются большей содержательностью.

У детей-олигофренов есть относительное соответствие между глубиной интеллектуальной недостаточности и недоразвитием речи.

Синдромы парциальной ретардации

Синдромы психического инфантилизма

Термин «инфантилизм» был введен французским невропатологом E. Lasègue в 1864 г. (цит. H. Stutte, 1960) для обозначения сохраняющихся у некоторых взрослых людей физических и психических признаков, свойственных детям. Немецкий психиатр G. Anton (1908) (цит. H. Stutte, 1960) применил термин «инфантилизм» по отношению к детям с задержкой развития. Задержку развития психики на уровне, свойственном более младшему возрасту, он назвал «парциальным инфантилизмом» в отличие от «тотального инфантилизма» при олигофрении.

В современной психиатрической литературе термином «психический инфантилизм» обозначают личностную незрелость, преимущественно с отставанием эмоционально-волевых свойств. Эти свойства сохраняют черты более младшего детского возраста [Сухарева Г. Е., 1959, 1965; Певзнер М. С., 1966, 1982; Ковалев В. В., 1973; Лебединская К. С., 1982; Corboz R., 1967, и др.].

Эмоционально-волевая незрелость при психическом инфантилизме выражается в несамостоятельности, повышенной внушаемости, стремлении к получению удовольствия как основной мотивации поведения, преобладании игровых интересов в школьном возрасте, беспечности, незрелости чувства долга и ответственности, слабой способности подчинять свое поведение требованиям коллектива, школы, неумении сдерживать непосредственные проявления чувств, неспособности к волевому напряжению, к преодолению трудностей.

Характерна также незрелость психомоторики («моторный инфантилизм»), проявляющаяся в недостаточности тонких движений рук, затруднении выработки двигательных школьных (рисование, письмо) и трудовых навыков, связанных с ручной моторикой. Отмечается избыточность лишних, сопутствующих движений. В основе перечисленных нарушений психомоторики лежит относительное преобладание активности экстрапирамидной системы над пирамидной в связи с ее незрелостью [Гуревич М. О., 1932; Певзнер М. С., 1982].

Наряду с описанными проявлениями незрелости имеется большая или меньшая пограничная интеллектуальная недостаточность [Ковалев В. В., 1973, 1979]: преобладание конкретно-образного, а нередко и наглядно-действенного типа мышления над абстрактно-логическим в школьном возрасте, повышенная истощаемость и пресыщаемость активного внимания, недостаточность словесно-смысловой памяти, слабость абстрактно-познавательных интересов (например, интереса к причинно-следственным отношениям). Социально-педагогическими последствиями становятся недостаточная «школьная зрелость», отсутствие интереса к учебе, которые ведут к нарушениям адаптации к школе и неуспеваемости. Дети с психическим инфантилизмом не понимают школьной ситуации, дисциплинарных требований школы, воспринимают обучение как игру, нередко во время урока играют с принесенными из дома игрушками, в тетрадях рисуют картинки, не имеющие отношения к теме урока, залезают под парту, играя там, и т. п.

В связи с этим психический инфантилизм, как правило, выявляется в младшем школьном возрасте. Однако его отдельные признаки можно установить и у детей старшего дошкольного возраста [Мельникова А. Ф., 1936]. Это большая пластичность и выразительность эмоциональных движений (жестов, мимики) при слабом развитии точных движений, ручной моторики (рисование, лепка, простое кон-

струирование), сочетание неистощаемости в игре с резкой истощаемостью и пресыщаемостью при интеллектуальных нагрузках (прослушивание рассказов и сказок, заучивание стихов и песен и т. п.), выраженная неустойчивость активного внимания, отсутствие интереса к отвлеченным понятиям, бедность познавательных вопросов, не соответствующий возрастному уровню малый запас отвлеченных знаний (различия времен года, понятия сегодня, вчера, завтра), недостаточный запас обобщающих слов (посуда, обувь, фрукты, животные, люди и т. п.). К признакам психической незрелости у старших дошкольников можно отнести также недостаточное понимание пространственных отношений между предметами, ошибки в различении правого и левого [Дунаева З. М., 1982]. Детям с психическим инфантилизмом уже во второй половине дошкольного возраста свойственно стремление к обществу более младших детей или детей старшего возраста и взрослых, у которых всегда можно найти покровительство и защиту.

В зависимости от особенностей психопатологической структуры выделяют различные варианты (синдромы) психического инфантилизма, прежде всего простой (неосложненный) и осложненный психический инфантилизм [Ковалев В. В., 1973; Власова Т. А., Певзнер М. С., 1973; Ковалев В. В., Кириченко Е. И., 1979; Певзнер М. С., 1982].

Термином «простой психический инфантилизм» мы обозначаем состояние психической незрелости, главным образом эмоционально-волевых свойств личности, без дополнительных, осложняющих психопатологических синдромов.

Детям с этим вариантом психического инфантилизма свойственны относительная живость психики, любознательность, интерес к окружающему. Их игровая деятельность отличается активностью и самостоятельностью, содержит творческий элемент, тесно связана с воображением, фантазией. Имеются относительно развитые и дифференцированные эмоциональные проявления.

В части случаев наблюдаются общая незрелость, задержка роста, грацильное телосложение, свойственное детям более младшего возраста. Такое пропорциональное сочетание психической и физической незрелости Г. Е. Сухарева (1959, 1965) называет общим, или «гармоническим инфантилизмом» (инфантилизм типа Lorrain — цит. В. А. Гиляровский, 1938).

По мнению Г. Е. Сухаревой (1965), возрастная ди-

намика «гармонического инфантилизма» относительно благоприятна: при правильно организованном воспитании и обучении дети со временем догоняют своих сверстников в психическом развитии. Это мнение отчасти подтверждается данными И. Л. Крыжановской (1982), изучавшей динамику психического развития детей с пограничной интеллектуальной недостаточностью, сочетающейся с простым (в том числе «гармоническим») психическим инфантилизмом.

В большинстве наблюдений автора у детей данной группы к 10 годам проявления психического инфантилизма значительно уменьшались или полностью исчезали, а в 66% случаев наступила компенсация пограничной интеллектуальной недостаточности и ликвидация школьной неуспеваемости. Выраженная тенденция простого психического инфантилизма к сглаживанию позволила ряду авторов [Сухарева Г. Е., 1965; Лебединская К. С., 1982] отнести его к временным задержкам психического развития.

Вместе с тем благоприятная динамика, по-видимому, больше касается пограничной интеллектуальной недостаточности. Незрелость эмоционально-волевых свойств личности в младшем школьном возрасте в форме гармоничной детскости в дальнейшем, особенно в пубертатном и постпубертатном возрасте, нередко сменяется личностной дисгармонией. Она завершается формированием акцентуации характера или психопатии преимущественно неустойчивого или истероидного типа [Ковалев В. В., 1973; Corboz R., 1967]. Однако динамика и исходы психического инфантилизма, включая его простой вариант, изучены далеко не до конца и требуют специальных исследований, в том числе клинико-эпидемиологических.

Случаи простого психического инфантилизма в практике относительно редки. Значительно чаще встречается осложненный психический инфантилизм — сочетание психического инфантилизма с другими психопатологическими синдромами и симптомами.

К осложненному психическому инфантилизму относятся дисгармонический инфантилизм [Сухарева Г. Е., 1959], органический инфантилизм [Гуревич М. О., 1932; Сухарева Г. Е., 1965], церебрастенический, невропатический и диспропорциональный варианты психического инфантилизма [Ковалев В. В., 1973], эндокринный вариант психического инфантилизма [Сухарева Г. Е., 1959], а также психогенно обусловленный психический инфантилизм [Лебединская К. С., 1982].

При **дисгармоническом инфантилизме** психический инфантилизм сочетается с отдельными патологическими чертами характера, такими как повышенная аффективная возбудимость, гневливость, грубость, конфликтность, лживость и склонность к вымыслам, чрезмерная хвастливость, повышенный интерес к отрицательно окрашенным впечатлениям (ссоры, драки, скандалы, несчастные случаи, пожары и т. п.), эгоцентризм, неумеренная требовательность, капризность [Мельникова А. Ф., 1936; Сухарева Г. Е., 1959]. Наряду с этим нередко бывает повышение и извращение влечений (сексуальность, садистические влечения) [Сухарева Г. Е., 1959]. У подростков с дисгармоническим инфантилизмом патологические черты характера и связанное с ними девиантное поведение становятся еще более заметными, а черты детскости в психике и поведении отступают на задний план. Преобладают проявления, свойственные патологическим характерам неустойчивого типа: беспечность, непостоянство интересов и привязанностей, стремление к смене впечатлений, блуждание по улицам в поисках приключений, подражание асоциальному поведению, употребление алкоголя, сексуальная распущенность, страсть к азартным играм. Нередки истероидные включения: демонстративность поведения, позерство, вымыслы из желания привлечь к себе внимание [Юсевич Л. С., 1934; Сухарева Г. Е., 1959].

Таким образом, структура и возрастная динамика дисгармонического инфантилизма позволяют отнести большую часть таких случаев к возрастным этапам формирующихся психопатий преимущественно неустойчивого и истероидного, а отчасти возбудимого типов. Интимное участие психического инфантилизма в становлении названных типов психопатий свидетельствует о ведущей роли в их патогенезе дизонтогенетических механизмов парциальной психической ретардации («задержанное развитие по типу психического инфантилизма», по Г. Е. Сухаревой, 1959). На роль парциальной задержки развития (парциального инфантилизма) в генезе части психопатий впервые указал E. Kraepelin (1915).

Распространенным вариантом осложненного психического инфантилизма является **органический инфантилизм**, описанный советскими психиатрами [Гуревич М. О., 1932; Юркова И. А., 1959; Сухарева Г. Е., 1965; Мнухин С. С., 1968; Лебединская К. С., 1982, и др.]. При органическом инфантилизме психический инфантилизм сочетается с психоорганическим синдромом. Как правило,

этот вид инфантилизма возникает в связи с последствиями ранних органических повреждений головного мозга разного генеза. Мы рассматриваем его как форму резидуально-органической психической патологии смешанного (дизонтогенетически-энцефалопатического) патогенеза [Ковалев В. В., 1974, 1979].

В клинической картине органического инфантилизма эмоционально-волевая незрелость, проявляющаяся, как и при простом инфантилизме, детскостью поведения, наивностью, повышенной внушаемостью, преобладанием игровых интересов, неспособностью к занятиям, требующим волевого усилия, отличается «органической окраской». Это отсутствие эмоциональной живости, яркости эмоций, бедность воображения и творческого элемента в игровой деятельности, ее однообразие, малая заинтересованность в оценке своих действий, низкий уровень притязаний, грубая внушаемость с элементами некритичности, выраженная двигательная расторможенность и элементы психопатоподобного поведения [Юркова И. А., 1959; Сухарева Г. Е., 1959; Ковалев В. В., Кириченко Е. И., 1979; Лебединская К. С., 1982].

По сравнению с простым психическим инфантилизмом более выражена пограничная интеллектуальная недостаточность. Это обусловлено нарушением ряда предпосылок интеллектуальной деятельности (K. Jaspers, 1973]: внимания, памяти, психической работоспособности, а также инертностью, плохой переключаемостью, нередко персеверативностью мыслительных процессов, недостаточностью некоторых высших корковых функций. Более глубокая интеллектуальная недостаточность сближает органический инфантилизм с легкой умственной отсталостью, в связи с чем некоторые авторы [Гуревич М. О., 1932; Мнухин С. С., 1968] считают его вариантом олигофрении.

Исходя из эмоционально-волевых особенностей, К. С. Лебединская (1982) выделяет неустойчивый и тормозимый варианты органического инфантилизма. Первый характеризуется психомоторной расторможенностью, преобладанием эйфорического фона настроения и импульсивностью, что создает внешнее впечатление детской жизнерадостности и непосредственности. Второму варианту свойственны тормозимость, пониженная инициатива, нерешительность, боязливость, преобладание сниженного фона настроения.

Динамика органического инфантилизма по сравнению с динамикой простого инфантилизма менее благоприятна.

У большей части детей с возрастом более отчетливой становится интеллектуальная недостаточность, что ведет к нарастанию школьной неуспеваемости и педагогической запущенности при обучении в массовой школе. У части детей усиливаются психопатоподобные расстройства поведения, связанные с повышенной аффективной возбудимостью, агрессивностью, колебаниями настроения, патологией влечений. Стойко сохраняются неврозоподобные явления [Юркова И. А., 1959, 1971; Крыжановская И. Л., 1982]. Группа органического инфантилизма клинически и прогностически неоднородна. Часть случаев можно отнести к умственной отсталости, а часть — к так называемым задержкам психического развития с пограничной интеллектуальной недостаточностью. Более точная клинико-патогенетическая дифференцировка органического инфантилизма возможна только на основании дальнейших клинико-динамических, психолого-педагогических и эпидемиологических исследований.

К осложненному психическому инфантилизму относится довольно распространенный церебрастенический вариант [Ковалев В. В., 1973]. При этом варианте психический инфантилизм сочетается с церебрастеническим синдромом, который проявляется повышенной возбудимостью в сочетании с истощаемостью, выраженной неустойчивостью внимания, капризностью, двигательной расторможенностью и разнообразными соматовегетативными нарушениями (расстройства сна, аппетита, вазовегетативные нарушения). Признаки собственно инфантилизма менее ярки по сравнению с простым психическим инфантилизмом; часто бывает повышенная тормозимость в незнакомой обстановке. Возрастная динамика этого варианта изучена недостаточно, и данные разных авторов неоднозначны. Исследование И. Л. Крыжановской (1982) свидетельствует о том, что у большинства детей этой группы к 10 годам, как и при простом инфантилизме, явления психического инфантилизма и церебрастенические нарушения значительно сглаживаются или полностью исчезают, а школьная неуспеваемость ликвидируется. Отдаленный катамнез таких детей, изученный М. И. Буяновым (1973), показывает, что в части наблюдений формируются астенические черты личности в рамках акцентуаций характера или психопатий астенического круга.

К церебрастеническому варианту в определенной степени близок невропатический вариант [Ковалев В. В., 1973], при котором психический инфантилизм

сочетается с проявлениями синдрома невропатии. В структуре личности детей с этим вариантом наряду с эмоционально-волевой незрелостью отчетливо выражены астенические радикалы, свойственные невропатии,— повышенная тормозимость, робость, пугливость, впечатлительность, несамостоятельность, чрезмерная привязанность к матери, неумение постоять за себя, трудности адаптации в условиях детских учреждений. Кроме того, отмечается недостаточность вегетативной регуляции как основа невропатических состояний в виде расстройств сна, аппетита, склонности к диспепсическим нарушениям, беспричинных колебаний температуры, повышенной аллергической чувствительности, частых простудных заболеваний.

Ввиду преобладания приобретенных резидуально-органических невропатических состояний над конституциональными К. С. Лебединская (1982) относит невропатический вариант психического инфантилизма к разновидностям органического инфантилизма. Мы считаем это спорным, так как признаки психоорганического синдрома, а тем более выраженной интеллектуальной недостаточности нетипичны для невропатического варианта психического инфантилизма.

Изучение катамнеза таких детей [Буянов М. И., 1973; Рейдибойм М. Г., 1974] показывает, что в неблагоприятных условиях воспитания и обучения у них закрепляются астенические черты характера в рамках либо тормозимого варианта патохарактерологического формирования личности [Ковалев В. В., 1969, 1979], либо становления психопатии астенического типа. Такая динамика также противоречит отнесению невропатического варианта к группе органического инфантилизма, имеющего иное развитие.

Особый «диспропорциональный» вариант осложненного психического инфантилизма мы выделили [Ковалев В. В., 1974] у детей и подростков с хроническими инвалидизирующими соматическими заболеваниями (врожденные пороки сердца и др.). При этом варианте такие проявления психического инфантилизма, как несамостоятельность, внушаемость, непосредственность, наивность, неустойчивость настроения, пресыщаемость, причудливо сочетаются с чертами парциальной психической акселерации — рассудительностью, преобладанием интеллектуальных интересов над игровыми, обилием «взрослых» выражений и оборотов речи, степенными манерами, недетски серьезным выражением лица. В происхождении парциальной психической акселерации у таких детей значитель-

ная роль, по-видимому, принадлежит факторам неправильного («интеллектуализирующего») воспитания и частичной социальной депривации (изоляция от здоровых детей).

Катамнез детей с «диспропорциональным» вариантом психического инфантилизма свидетельствует о том, что описанная дисгармония свойств личности сохраняется, а нередко даже усиливается, трансформируясь в черты смешанной, мозаичной психопатии.

При эндокринном [Сухарева Г. Е., 1965] и церебрально-эндокринном [Лебединская К. С., 1982] инфантилизме клиническая картина определяется сочетанием черт психического инфантилизма и того или иного эндокринного психосиндрома [Bleuler M., 1948]. Так, например, у детей с гипогенитализмом психический инфантилизм сочетается с вялостью, безынициативностью, медлительностью, несобранностью, рассеянностью. У подростков наряду с этим отмечаются склонность к рассуждательству, малая активность, физическая слабость, моторная недостаточность, проявляющаяся в неловких, неуклюжих движениях, переживание неполноценности, связанное с сознанием физической слабости, малой активности, неумения постоять за себя [Серейский М. Я., Крылова Е. Н., 1933; Лебединская К. С., 1969].

Возрастная динамика психического инфантилизма при гипогенитализме в основном благоприятная. По мере физического созревания у большинства подростков и юношей постепенно сглаживаются как черты психического инфантилизма, так и проявления эндокринного психосиндрома, описанного выше [Сухарева Г. Е., 1959].

Дети и подростки с психическим инфантилизмом при гипофизарном субнанизме отличаются недетской солидностью поведения («маленькие старички»), стремлением к порядку, бережливостью, хозяйственностью, склонностью к поучениям. Эти черты гармонируют со старообразным внешним видом. Однако наряду с чертами преждевременной зрелости, отчасти похожими на диспропорциональный вариант психического инфантилизма, описанный выше, наблюдаются внушаемость, недостаточная самостоятельность, эмоционально-волевая неустойчивость, наивность суждений, повышенная лабильность настроения, характерные для всех вариантов психического инфантилизма.

Диспропорциональное сочетание инфантильности с утрированными чертами взрослости в поведении, склонностью к рассуждательству описано также у детей и подростков

с аномалиями половых хромосом — синдромами Клайнфелтера и Шерешевского — Тернера [Райская М. М., 1968].

У детей с эндокринными вариантами психического инфантилизма часто бывает школьная неуспеваемость, связанная со слабостью волевого усилия, безынициативностью, малой активностью, нарушениями активного внимания и памяти, невысоким уровнем абстрактно-логического мышления.

Недостаточно изучен психогенно обусловленный вариант осложненного психического инфантилизма [Лебединская К. С., 1982]. Этот вариант рассматривается как выражение психогенного патологического (аномального) развития (формирования) личности. В таких случаях личностные особенности во многом определяются неправильным воспитанием или психогенным заболеванием. Так, гипоопека и безнадзорность формируют незрелость эмоционально-волевой сферы, которая проявляется в виде аффективной лабильности, импульсивности, повышенной внушаемости. В то же время недостаточен уровень знаний и представлений, необходимых для усвоения школьной программы.

При «оранжерейном воспитании» [Сухарева Г. Е., 1959] психический инфантилизм сочетается с эгоцентризмом, крайней несамостоятельностью, пассивностью, психической невыносливостью, неспособностью к напряжению.

Дети, воспитанные как «кумир семьи», наряду с инфантильностью отличаются выраженным эгоцентризмом, неумением считаться с окружающими, тщеславием, жаждой признания и похвалы.

Деспотическое воспитание детей с физическими наказаниями и постоянными запретами способствует выработке и закреплению эмоционально-волевой незрелости в виде малой активности и инициативы, недостаточной самостоятельности, нерешительности. Часто этому сопутствует и отставание в развитии познавательной деятельности.

По нашим данным [Ковалев В. В., Кириченко Е. И., 1979], всем разновидностям психогенного психического инфантилизма свойственны социальная незрелость личности и недостаточность таких высших свойств, как направленность интересов, система идеалов и нравственных установок. У таких детей и подростков отмечаются недостаточная сформированность или отсутствие интеллектуальных интересов, потребности в труде, слабо развитое чувство долга и ответственности, незрелость и искаженное пони-

мание нравственных обязанностей, стремление к легкой жизни, непосредственному удовлетворению элементарных потребностей. Эти психологические установки, усиленные эмоционально-волевой незрелостью, часто становятся источниками разнообразных форм девиантного поведения — антидисциплинарного, асоциального и делинквентного [Ковалев В. В., 1981], включая отказ от посещения школы, бродяжничество, мелкое хулиганство, воровство, алкоголизацию и т. д. Пограничная интеллектуальная недостаточность у этих детей и подростков проявляется в недостатке знаний и представлений, бедности речи с преобладанием штампов, ограниченности познавательных интересов. В то же время выявляются удовлетворительная способность к обобщению, умение использовать помощь при решении абстрактно-логических задач, хорошая ориентировка в житейских ситуациях. С возрастом проявления интеллектуальной недостаточности частично или полностью сглаживаются.

Вместе с тем возрастная динамика эмоционально-волевых и других свойств личности при психогенном варианте психического инфантилизма почти не изучена. Спорным остается и вопрос о том, следует ли психогенный вариант психического инфантилизма относить к патологическим аномалиям личности или он должен рассматриваться в рамках социальных личностных девиаций.

Наряду с простым и осложненным психическим инфантилизмом, при которых инфантильные, незрелые черты психики составляют целостный симптомокомплекс с рядом общих свойств, существует группа разнородных по психопатологической структуре и патогенезу состояний, которые включают отдельные признаки психической незрелости, не определяющие всего облика личности. Такие парциальные проявления психического инфантилизма возможны у больных шизофренией, органическими заболеваниями головного мозга, начавшимися в младшем детском возрасте. Кроме того, они часто входят в структуру таких непроцессуальных форм психической патологии, как олигофрении, психопатии, резидуально-органические психические расстройства. Подобные инфантильные включения описаны в руководствах и других публикациях по частной психиатрии детского и подросткового возраста.

Дифференциальная диагностика синдромов психического инфантилизма разноплановая и зависит от психопатологических особенностей перечисленных вариантов.

Так, простой (в том числе «гармонический») психический инфантилизм в связи с пограничной интеллектуальной недостаточностью, а также эмоционально-волевой незрелостью должен отграничиваться, с одной стороны, от умственной отсталости, а с другой — от психопатий, формирующихся на основе дисгармонического инфантилизма.

В отличие от умственно отсталых, у детей с простым психическим инфантилизмом отмечается более высокий уровень абстрактно-логического мышления, они способны использовать помощь в мыслительной деятельности, переносить усвоенные понятия на новые конкретные объекты и явления, имеют более широкую «зону ближайшего развития» [Иванова А. Я., 1969], более высокую продуктивность в самостоятельных видах деятельности.

В соматическом статусе детей с простым психическим инфантилизмом нет дисплазий телосложения и аномалий, столь частых у умственно отсталых.

Динамика интеллектуальной недостаточности при простом психическом инфантилизме в отличие от умственной отсталости благоприятная; есть выраженная тенденция к сглаживанию нарушений познавательной деятельности и ликвидации школьной неуспеваемости к 9—10 годам.

Для отграничения простого психического инфантилизма от психопатий имеет значение отсутствие при нем аффективной возбудимости, эгоцентризма, склонности к вымыслам, а также отсутствие нарушений влечений.

Критерии дифференциальной диагностики вариантов осложненного психического инфантилизма также неоднозначны. Дисгармонический психический инфантилизм, являющийся основой формирования ряда психопатий, нужно отграничивать от простого психического инфантилизма, о чем уже упоминалось. Вместе с тем у старших подростков при неблагоприятной динамике простого инфантилизма отграничение может стать невозможным.

О трудностях дифференциальной диагностики и необходимости уточнения ее критериев при органическом инфантилизме сказано выше. Особенно сложно отграничить органический инфантилизм от осложненных форм умственной отсталости. Главным критерием следует считать преобладание при органическом инфантилизме нарушений, предпосылок интеллектуальной деятельноти (памяти, внимания, внешней и внутренней речи, психической работоспособности, темпа и подвижности психических процессов), тогда как возможности осмысления, обобщения, т. е. собственно интеллектуальной деятельности, нарушены зна-

12 Заказ № 4692

чительно меньше. В то же время при умственной отсталости недостаточность мыслительных процессов является ведущей и определяет качество нарушений других психических функций.

Церебрастенический и невропатический варианты осложненного психического инфантилизма следует дифференцировать, с одной стороны, с осложненной умственной отсталостью, а с другой — с непроцессуальными психоорганическими синдромами, имеющими отдельные «инфантильные включения».

Те же направления дифференциальной диагностики имеют значение для отграничения эндокринных вариантов психического инфантилизма.

Наконец, психогенно обусловленные варианты психического инфантилизма следует отграничивать, с одной стороны, от психопатий на основе дисгармонического инфантилизма, а с другой — от микросоциально-педагогической запущенности как чисто социальной девиации личности. Ведущими критериями отграничения от психопатий являются выраженная зависимость нарушений характера от типа неправильного воспитания, а также отсутствие патологии влечений, темперамента, низшей аффективности.

При отграничении от микросоциально-педагогической запущенности имеет значение незрелость эмоционально-волевой сферы, а не только социальная незрелость.

Синдромы невропатии

Термин «невропатия» применялся в медицинской литературе еще в XVIII веке (цит. Ch. Feré, 1894) для обозначения разнообразных расстройств нервной системы. Современная трактовка понятия «невропатия» (син.: врожденная детская нервность, конституциональная нервность, эндогенная нервность, невропатическая конституция) была предложена Э. Крепелином (1915). Этим термином в настоящее время обозначают врожденные или приобретенные в раннем постнатальном онтогенезе патологические состояния, которые характеризуются незрелостью вегетативной регуляции. Это проявляется, с одной стороны, в разнообразных соматовегетативных расстройствах, а с другой — в повышенной нервно-психической возбудимости и в то же время истощаемости. Невропатия наиболее отчетливо выражена в младенческом и раннем детском возрасте (приблизительно до 3 лет), а у более старших детей постепенно исчезает или замещается другими пограничными

расстройствами, поэтому данный термин используется почти исключительно в психиатрии детского возраста.

Согласно Крепелину, невропатия представляет собой самостоятельную врожденную болезненную форму, в основе которой лежит особая аномальная конституция. В связи с этим в этиологии невропатии первоначально ведущая роль отводилась наследственным факторам. Однако более поздние работы, преимущественно советских детских психиатров, показали, что в происхождении невропатических состояний играют роль не столько конституционально-генетические, сколько экзогенно-органические патогенные факторы, действующие во внутриутробном, перинатальном и раннем постнатальном периодах [Сухарева Г. Е., 1959; Мнухин С. С., 1968; Кириченко Е. И., Журба Л. Т., 1976; Ковалев В. В., 1979; Козловская Г. В., Кириченко Е. И. и др., 1982, и др.]. В настоящее время невропатия рассматривается не как самостоятельная клинико-нозологическая форма, а как группа синдромов разного генеза, которым наряду с общими признаками свойственны и определенные клинико-психопатологические различия, обусловленные особенностями их этиологии и патогенеза.

Комплексные клинико-психологические исследования, проведенные нашими сотрудниками Г. В. Козловской и соавт. (1982), позволяют выделить у детей первых лет жизни 3 клинико-этиологических типа синдромов невропатий: синдром истинной (конституциональной) невропатии, синдром «органической невропатии» и синдром невропатии смешанного генеза (конституционально-энцефалопатического).

Наиболее типичным, «ядерным» можно назвать синдром истинной невропатии. Он выражается в нарушениях ритма и глубины сна, разнообразных расстройствах пищеварения (упорные срыгивания, рвота, понос, запор и т. п.), в повышенной чувствительности ребенка к любым внешним раздражителям, изменениям температуры и влажности воздуха, смене условий кормления и ухода, в общем моторном и эмоциональном беспокойстве. Наиболее ранними психопатологическими расстройствами, которые возникают уже в возрасте 3—4 мес, являются различные нарушения сна: поверхностный, чуткий сон, частые пробуждения, возбуждение и стереотипные движения (раскачивания, сосание пальцев и языка и т. п.) при засыпании, нарушения дневного сна вплоть до его отсутствия. Характерны также пониженный аппетит, выраженная избирательность в еде (дети не едят мясной пищи, некоторых

овощей, например помидоров, огурцов и т. д.), затрудненный переход к плотной пище, крайне медленное жевание. Часто встречается повышенная склонность к аллергическим реакциям, острым респираторным и инфекционным заболеваниям. Наряду с этим уже в раннем возрасте отмечаются рудиментарные отклонения в эмоционально-волевом реагировании: боязливость, страх перед новым, болезненная впечатлительность, повышенная чувствительность к различным раздражителям. Рано обнаруживаются рудиментарные личностные реакции тормозимого типа: чрезмерная привязанность к матери, трудность установления контактов как со взрослыми, так и с детьми, выраженная тормозимость вплоть до отказа от речевого общения в незнакомой обстановке, психогенно обусловленная моторная неловкость, пассивная подчиняемость. Проявления истинной невропатии обнаруживается не сразу после рождения, а на 3—4-м месяце жизни ребенка.

В дошкольном возрасте недостаточность вегетативной регуляции, повышенная вегетативная возбудимость сглаживаются. Вместе с тем более заметными становятся психические отклонения — повышенная аффективная возбудимость в сочетании с истощаемостью у одних детей и выраженная тормозимость, пугливость, склонность к психопатологически недифференцированным и сверхценным страхам (боязнь темноты, одиночества) — у других. Деятельность детей с истинной невропатией целенаправленная, однако достижения в связи с повышенной тормозимостью или, наоборот, возбудимостью часто ниже ожидаемых. Коэффициент интеллектуального развития (IQ) детей в пределах нормы (96—110).

В зависимости от преобладания тормозимости или возбудимости в поведении детей Г. Е. Сухарева (1959) выделяет астенический и возбудимый варианты невропатии.

Синдром «органической невропатии» включает сочетание проявлений невропатии и психоорганического синдрома. Симптомы невропатии, описанные выше, обнаруживаются уже в родильном доме, они более грубые и монотонные, сопровождаются разнообразной резидуальной неврологической симптоматикой (косоглазие, нистагм, симптом Грефе, тремор подбородка и рук, повышение сухожильных рефлексов, клонус стоп, судороги, угнетение безусловных рефлексов и т. п.), гипертензионно-гидроцефальным синдромом, задержкой развития психомоторики и речи [Кириченко Е. И., Журба Л. Т., 1976; Козловская Г. В., Кириченко Е. И. и др., 1982].

У детей старше года наряду с проявлениями невропатии отчетливо обнаруживаются церебрастенический и гипердинамический синдромы, тогда как личностные компоненты, черты тормозимости выражены слабо и мало дифференцированы. Неврозоподобные расстройства в связи с инфекциями, интоксикациями и другими состояниями соматического неблагополучия преобладают над психогенными невротическими реакциями и реакциями протеста.

Психологическое обследование, как правило, выявляет у этих детей инертность психических процессов, повышенную отвлекаемость и истощаемость, пресыщаемость, низкую работоспособность, недостаточную целенаправленность деятельности. Интеллект этих детей в пределах нормы, но коэффициент интеллектуального развития (IQ) сильно колеблется (от 85 до 115).

В анамнезе детей с органической невропатией отмечается разнообразная патология беременности и родов у матери, а также мозговые инфекции и травмы на первом году жизни.

У детей с синдромом невропатии смешанного генеза до 1 года отмечается легкая, реже среднетяжелая энцефалопатическая симптоматика (тремор пальцев и подбородка, симптомом Грефе, замедленное закрытие большого родничка, задержка обратного развития рефлексов раннего возраста, мышечная дистония, повышение сухожильных рефлексов и т. д.). Проявления энцефалопатии, постепенно убывая, сохраняются и после года, но собственно невропатическая симптоматика часто не коррелирует с выраженностью энцефалопатических нарушений.

Как и при истинной невропатии, рано обнаруживается личностный компонент. Однако на первый план выступает не столько тормозимость, сколько возбудимость, эгоцентризм, капризность, требовательность. Дети легко вступают в контакт, но они не имеют чувства дистанции, назойливы. Сравнительно часто возникают аффект-респираторные приступы, реакции протеста. Так же как и при органической невропатии, имеется большой разброс показателей IQ (от 85—95 до 115—130).

При сохранении проявлений невропатии в дошкольном, а тем более в школьном возрасте создаются предпосылки для формирования психопатий тормозимого типа, особенно астенической психопатии. П. Б. Ганнушкин (1964) рассматривал невропатию в рамках психопатий астенического типа.

Своеобразное невропатическое состояние или отдельные черты невропатии в виде повышенной вегетативной возбудимости и неустойчивости вегетативных функций, болезненно повышенного инстинкта самосохранения (боязнь всего нового, впечатлительность и пугливость) наблюдаются у некоторых детей раннего возраста, впоследствии обнаруживающих шизофрению, чаще непрерывную вялотекущую с неврозоподобной симптоматикой [Ижболдина О. Ф., 1940; Буторина Н. Е., 1976]. Вегетативная неустойчивость при этом сочетается с недостаточностью психомоторики, пониженной потребностью в контактах с окружающими, малой выразительностью и недостаточной живостью эмоциональных реакций и вместе с тем с опережающим интеллектуальным и речевым развитием. По мнению О. П. Юрьевой (1970), в таких случаях можно говорить о психическом дизонтогенезе по типу искаженного развития.

Связь данного варианта сипрома невропатии с шизофреническим процессом остается неясной.

Синдромы невропатии облегчают возникновение под влиянием различных патогенных воздействий (психотравмирующие ситуации, инфекции, травмы и др.) моносимптомных невротических и неврозоподобных расстройств (нарушения сна, энурез, тики, заикание, аффект-респираторные приступы и т. д.), а также так называемых патологических привычных действий (сосание пальцев, кусание ногтей, мастурбация, выдергивание волос на волосистой части головы и бровях — трихотилломания и др.).

Изложенное свидетельствует о малой нозологической специфичности синдромов невропатии.

Дифференциальная диагностика при синдромах невропатии в основном направлена на отграничение невропатических состояний как проявлений конституционально-генетически обусловленного дизонтогенеза от резидуально-органических невропатических состояний. Отличительные признаки этих синдромов невропатии изложены выше.

Синдромы искаженного (диспропорционального) развития

Синдромы раннего детского аутизма

Ранний детский аутизм впервые описан в 1943 г. американским детским психиатром Каннером (L. Kanner). Независимо от него австрийский психиатр Аспергер (H. As-

perger) в 1944 г. описал близкое состояние у детей, назвав его аустической психопатией. По данным В. Е. Кагана (1981), аустическое поведение у детей и подростков описывалось в психиатрической литературе еще в XIX — начале XX века.

Ранний детский аутизм — сравнительно редкая патология, его распространенность колеблется от 0,06 до 0,17 на 1000 детского населения [Lobascher M. et al., 1970; Makita K., 1973, цит. В. Е. Каган, 1981]. Случаи непроцессуального раннего детского аутизма, по данным некоторых исследователей, встречаются реже, чем психотический ранний детский аутизм (0,07—0,21 и 0,45—0,48 на 1000 детского населения соответственно, по V. Lotter, 1960; D. Treffert, 1970, цит. В. Е. Каган, 1981).

У мальчиков ранний детский аутизм встречается чаще, однако соотношение больных мальчиков и девочек колеблется в широких пределах (от 1,4 : 1 до 4,8 : 1, по данным разных авторов,— цит. В. Е. Каган, 1981).

Основными признаками раннего детского аутизма при всех его вариантах являются выраженная недостаточность или полное отсутствие потребности в контактах с окружающими, отгороженность от внешнего мира, слабость эмоционального реагирования по отношению к близким вплоть до полного безразличия к ним («аффективная блокада», по L. Kanner, 1943), неспособность дифференцировать людей и неодушевленные предметы (так называемый протодиакризис), недостаточность реакций на зрительные и слуховые раздражители, придающая таким детям сходство со слепыми и глухими, приверженность к сохранению неизменности окружающего (феномен тождества, по L. Kanner, 1943), боязнь всего нового (неофобия), однообразное поведение со склонностью к стереотипным примитивным движениям (вращение кистей рук перед глазами, перебирание пальцами, пронация — супинация и сгибание — разгибание кистей и предплечий, раскачивания туловищем или головой, подпрыгивания на носках), а также разнообразные расстройства речи, различающиеся при разных вариантах. Весьма характерно зрительное поведение: непереносимость взгляда в глаза, «бегающий взгляд», взгляд мимо или «сквозь» людей, фрагментарность зрительного внимания с преобладанием зрительного восприятия на периферии поля зрения [Hutt C. et al., 1964, 1965; Timbergen E., Timbergen M., 1972, и др.].

Однообразные «игры» имеют вид стереотипных манипуляций с предметами неигрового назначения (веревочки,

ключи, гайки, бутылки и т. п.) или, реже, с игрушками, которые используются не по назначению, как символы тех или иных объектов (например, машины, звери играют роль людей) [Каган В. Е., 1981]. Дети часами однообразно вертят предметы, перекладывают их с места на место, раскладывают в определенном схематическом порядке, переливают жидкость из одной посуды в другую [Башина В. М., 1980; Каган В. Е., 1981]. Отмечается особая «охваченность», «зачарованность» детей этой деятельностью [Мамцева В. Н., 1955; Каган В. Е., 1981]. Попытки оторвать детей от подобных внешне лишенных смысла манипуляций, переключить их на продуктивные занятия, как правило, вызывают бурный протест, плач, крики.

Игрой такие манипуляции можно назвать лишь условно. Как указывалось в главе 6, подобные однообразные «манипулятивные игры» мы рассматриваем как выражение рудиментарных сверхценных образований на уровне наглядно-действенного мышления.

Склонность детей к сверхценным переживаниям проявляется также в особом, избирательном отношении к определенным словам и выражениям, своеобразной «зачарованности» ими [Каган В. Е., 1981]. Одни слова вызывают страх, а другие произносятся многократно, с видимым удовольствием. Чаще это сложные, труднопроизносимые слова, такие как «электрификация», «корректор» и т. п. Нередко ребенок не понимает смысла этих слов и не соотносит их с конкретными предметами и явлениями [Каган В. Е., 1981]. Столь же сверхценны многократно задаваемые детьми «пытливые вопросы» («Что такое жизнь?», «Где конец всего?» и т. п.). В более старшем дошкольном и школьном возрасте у части детей, особено при синдроме Аспергера, наблюдается сверхценное патологическое фантазирование.

Дети активно стремятся к одиночеству, чувствуют себя заметно лучше, когда их оставляют одних. Контакт с матерью может быть различным: наряду с индифферентностью, при которой дети не реагируют на присутствие или отсутствие матери, возможна негативистическая форма, когда ребенок относится к матери недоброжелательно и активно гонит ее от себя. Существует также симбиотическая форма контакта: ребенок отказывается оставаться без матери, выражает тревогу в ее отсутствие, хотя никогда не бывает ласковым с ней [Башина В. М., 1974].

Общая недостаточность психомоторики проявляется в угловатости и несоразмерности произвольных движений,

неуклюжей походке, отсутствии содружественных движений, бедности мимики, запаздывании развития навыков самообслуживания, выраженных трудностях овладения рисованием и письмом. Нарушения психомоторики усложняются описанными выше стереотипными примитивными движениями.

Аффективные проявления у детей бедны, однообразны и не выступают во взаимоотношениях с окружающими. Чаще всего это примитивные аффекты удовольствия, сопровождающегося иногда улыбкой, или недовольства и раздражения с монотонным плачем и нерезким общим беспокойством. Аффект удовольствия возникает чаще тогда, когда ребенок остается один и занят описанными выше стереотипными «играми». Наиболее отчетливый аффект недовольства появляется при попытках окружающих проникнуть в переживания ребенка или при изменении сложившегося стереотипа жизни. По мнению В. М. Башиной (1974), своеобразным эквивалентом положительных аффективных переживаний могут быть стереотипные движения: подпрыгивания, потряхивания кистями рук и др. Они служат для выражения аффекта у здоровых детей в младенческом возрасте. Развитие речи в одних случаях (особенно при синдроме Аспергера) происходит в обычные сроки или даже раньше, в других — более или менее задержано. Однако независимо от сроков появления речи отмечаются нарушение формирования экспрессивной речи, а главным образом недостаточность коммуникативной функции речи. До 5—6 лет дети редко активно обращаются с вопросами, часто не отвечают на обращенные к ним вопросы или дают односложные ответы. В то же время возможны достаточно развитая «автономная речь», разговоры с самим собой. Нередко встречается отставленное дословное воспроизведение ранее услышанного, так называемый фонографизм (M. Tramer,— цит. по G. Nissen, 1980).

Характерны патологические формы речи: непосредственные и отставленные во времени эхолалии, неологизмы, вычурное, например скандированное, произношение, необычная протяжная интонация, рифмование, применение в отношении самих себя местоимений и глаголов во втором и третьем лице. Примитивные формы (лепет, эхолалии) сочетаются со сложными выражениями и оборотами, которые свойственны детям более старшего возраста и взрослым. У части детей наблюдается полный мутизм.

Состояние интеллектуальных функций и интеллектуальное развитие у детей с синдромом раннего аутизма спор-

ны. Катамнестическое изучение группы детей с одной из клинических форм данного синдрома (так называемым синдромом Каннера), проведенное L. Eisenberg, L. Kanner (1956), показало в $^2/_3$ наблюдений выраженное отставание в умственном развитии, а у $^1/_3$ пациентов интеллект был в пределах нормы. Со временем эти дети достаточно адаптировались в социальном отношении. Указанные авторы считают, что нарушения познавательной деятельности у детей с описываемым синдромом являются вторичным результатом аутистического поведения, которое препятствует формированию и созреванию интеллектуальных функций.

Психометрическое исследование детей с синдромом раннего аутизма, проведенное L. Wing (1975), установило у 55—60% из них глубокую умственную отсталость, у 15—20% — легкую интеллектуальную недостаточность, а у 15—20% — нормальный интеллект.

По данным ряда авторов, дети, относимые к варианту раннего аутизма, выделенному Аспергером, имеют интеллектуальный уровень либо нормальный, либо превышающий среднюю возрастную норму [Nissen G., 1980].

В работах В. Е. Кагана (1981) установлено, что в среднем общий интеллектуальный показатель при раннем детском аутизме ниже, чем у здоровых, но выше, чем у умственно отсталых. В то же время средний уровень невербальных показателей у этих детей заметно ниже, чем у здоровых, и в $^1/_3$ случаев соответствует таковому у олигофренов. Особенно низки показатели выделения последовательности событий, пространственных отношений, способности к переключению внимания, синтеза на предметном уровне.

Показатели вербально-интеллектуальных функций неравномерны: результаты тестов на общий объем знаний, понимание общественных норм жизни, способность оперировать числами ниже нормы, тогда как способность к обобщению, активный запас слов, механическая память выше, чем у здоровых детей.

Таким образом, интеллектуальная деятельность при раннем детском аутизме неравномерна, она значительно ниже в невербальных заданиях. Кроме того, интеллектуальные способности зависят от клинической формы раннего детского аутизма, его этиологии и патогенеза.

Динамика раннего детского аутизма зависит от возраста. Наиболее отчетливы его проявления в периоде от 2 до 5 лет. Однако ряд признаков наблюдается и до 2-летнего возраста. Так, у грудных детей отсутствует свойствен-

ный здоровым младенцам «комплекс оживления» при контакте с матерью и воспитательницей, они не тянутся на руки, а на руках у взрослых остаются пассивными, вялыми или ригидными, не обнимают, не льнут, а иногда бьют головой взрослого. Часто дети однообразно раскачивают туловищем и головой. У части детей отмечается боязнь работающих бытовых приборов — холодильников, пылесосов и др. [Каган В. Е., 1981]. Весьма нередки вегетативные расстройства, особенно понос, запор, рвота, срыгивания без видимых причин.

У детей первых 3 лет жизни часты неспецифические нарушения, связанные с соматовегетативной и инстинктивной недостаточностью: расстройства сна в виде его сокращенной продолжительности и уменьшенной глубины, прерывистости, затрудненного засыпания, стойкие нарушения аппетита с его снижением и особой избирательностью, отсутствие чувства голода, общее беспокойство и беспричинный плач [Башина В. М., 1974].

К концу дошкольного возраста нарушения сферы инстинктов и проявления соматовегетативной недостаточности сглаживаются. Редуцируются и постепенно исчезают стереотипные движения, эхолалии. У части детей улучшается коммуникативная функция речи, вначале в форме ответов на вопросы, а затем и в виде спонтанной речи, хотя еще долго сохраняются частичная «автономность» речи, вычурность, употребление недетских оборотов, штампов, заимствованных из высказываний взрослых.

Изменяется игровая деятельность: она приобретает форму односторонних сверхценных интересов, чаще отвлеченных. Дети увлечены составлением маршрутов транспорта, перечней улиц и переулков, коллекционированием и составлением каталога географических карт, выписыванием газетных заголовков и т. п. Подобная деятельность отличается особым стремлением к схематизму, формальному регистрированию.

В младшем школьном возрасте происходят дальнейшая редукция проявлений раннего детского аутизма и частичная их трансформация в симптомы, входящие в структуру иных психопатологических состояний (психопатические и психопатоподобные состояния, пограничные состояния интеллектуальной недостаточности, атипичные формы умственной отсталости).

Наиболее стойко сохраняются кардинальные проявления синдрома: аутизм, приверженность к рутинному образу жизни, эмоциональная индифферентность.

Патогенетические механизмы раннего детского аутизма недостаточно ясны. Предполагают недостаточность биологических механизмов аффективности [Kanner L., 1966], первичную слабость инстинктов [Asperger H., 1965], информационную блокаду, связанную с расстройствами восприятия [Wing J. K., 1968; Weber D., 1970], недоразвитие внутренней речи как причину других психопатологических расстройств [Wing L., 1976], «центральное нарушение переработки слуховых впечатлений», которое ведет к блокаде потребности в контактах [Lempp R., 1973]. Предпринимаются попытки объяснить церебральные механизмы раннего детского аутизма. Так, С. С. Мнухин (1968), B. Rimland (1964) указывают на возможную роль нарушения активирующих влияний ретикулярной формации ствола мозга. Д. Н. Исаев и В. Е. Каган (1973, 1981) предполагают роль нарушения функционирования лобно-лимбического комплекса в возникновении расстройств системы мотивации и планирования поведения. Высказывается также мнение о патогенетической роли угнетения функций правого (субдоминантного) полушария [Каган В. Е., 1981].

Наши наблюдения, а также данные ряда других современных исследователей [Каган В. Е., 1981; Nissen G., 1977, 1980, и др.] свидетельствуют о том, что ранний детский аутизм — сборная группа синдромов разного происхождения. Прежде всего следует различать процессуальный (шизофренический) и непроцессуальный ранний детский аутизм. Последний включает синдром Каннера, синдром Аспергера, органический (соматогенный) и психогенный варианты раннего детского аутизма.

Психопатологические особенности синдрома раннего детского аутизма при шизофрении связаны прежде всего с тем, что основу отгороженности от внешнего мира и слабости контактов с окружающими в отличие от непроцессуального раннего детского аутизма составляют диссоциация психических процессов, стирание границ между субъективным и объективным, погружение в мир внутренних болезненных переживаний, патологических фантазий, рудиментарных бредовых образований, галлюцинаторных и псевдогаллюцинаторных феноменов [Блейлер Е., 1927; Семенов С. Ф., 1975; Каган В. Е., 1981], а не отсутствие потребности в контактах и слабость эмоционального резонанса, обусловленные недостаточностью инстинктивной сферы.

В связи с этим поведение детей с процессуальным синдромом раннего детского аутизма отличается причудливостью, вычурностью, диссоциированностью. Так, при от-

гороженности, малой контактности и эмоциональной невыразительности в общении с близкими дети могут быть общительными, разговорчивыми, необычно доверчивыми и даже ласковыми с посторонними лицами (садятся на колени, отвечают на вопросы, берут предложенные лакомства и т. п.) Безразличное или враждебное отношение к родителям и близким может сочетаться с непонятной привязанностью к соседям или даже малознакомым людям, с которыми дети чрезмерно откровенны и не проявляют застенчивости («аутизм наизнанку»). Вычурность, паралогичность, а часто разорванность мышления проявляются в высказываниях детей.

Девочка $4^1/_2$ лет говорит: «У меня перчатки холодные, попробую их, но не рукой, а ложечкой», а в 7 лет заявляет: «Неужели петух тоже может думать? Ведь для этого он должен поднять голову своей желтой лапкой» (наблюдение А. Н. Чеховой, 1963). Мальчик 8 лет говорит: «Я — мыльный пузырек, сделан я из мыла, живу я в бутылочке и на улицу хожу» (наблюдение В. Е. Каган, 1981).

Однообразное вялое поведение может временами прерываться немотивированными агрессивными поступками, разрушением различных предметов, игрушек.

Такое сочетание аутизма с диссоциированным поведением и диссоциацией психических процессов В. Е. Каган (1981) называет «диссоциативным аутизмом».

Однако чаще процессуальный ранний детский аутизм связан с продуктивной психопатологической симптоматикой. В этих случаях дети избегают контактов в связи с разнообразными страхами, часто рудиментарно-бредовыми (боязнь теней, прикосновения, страх того, что «могут ударить»), а главным образом в связи с уходом в мир фантазий, игровым перевоплощением (в животных, машину, паровоз), как проявлением деперсонализации, отвлечением от реальности, псевдогаллюцинаторными переживаниями, а также состояниями кататонического субступора и депрессий. Такие варианты процессуального аутизма В. Е. Каган (1982) называет «продуктивным аутизмом».

Важными диагностическими признаками процессуального синдрома раннего детского аутизма являются хотя бы кратковременный период нормального психического развития, предшествующий возникновению аутизма, а также признаки прогредиентности в виде нарастания психического дефекта (углубление вялости, аспонтанности, эмоционального снижения, распад речи, регресс поведения с утратой приобретенных навыков).

Особенно сложна дифференцировка синдрома раннего детского аутизма при малопрогредиентной шизофрении. В этом случае решающее значение имеют описанные выше признаки психической диссоциированности.

Среди непроцессуальных, т. е. чисто дизонтогенетических, форм раннего детского аутизма более очерчены в клинико-психопатологическом отношении синдромы Каннера и Аспергера. Их клинические проявления в раннем и преддошкольном возрасте весьма близки, поскольку в основе обоих синдромов лежит недоразвитие сферы инстинктов, влечений и низшей аффективности. Вместе с тем уже в указанных возрастных периодах имеются некоторые отличия.

Так, согласно D. V. van Krevelen (1960, 1962), G. Nissen (1977) и др., признаки раннего детского аутизма при синдроме Каннера выявляются на первом году жизни, тогда как при синдроме Аспергера они обнаруживаются на 2-м и даже на 3-м году. Дети с синдромом Аспергера начинают говорить раньше, чем ходить. При синдроме Каннера ходьба развивается раньше речи. Интеллектуальное развитие при синдроме Аспергера нормальное или выше нормы. Синдром Каннера чаще сопровождается интеллектуальной недостаточностью разной глубины. Если при синдроме Каннера речь, как правило, не выполняет коммуникативной функции, то при синдроме Аспергера речь является средством общения. Кроме того, синдром Аспергера встречается исключительно у мальчиков, тогда как синдром Каннера бывает и у девочек.

Более заметны различия между синдромами Каннера и Аспергера в конце дошкольного и в младшем школьном возрасте.

Прогноз синдромов различен. Типичный синдром Аспергера с возрастом трансформируется в шизоидную психопатию с удовлетворительной социальной адаптацией. В случае синдрома Каннера чаще наблюдается исход в пограничную интеллектуальную недостаточность или атипичную умственную отсталость с невысоким уровнем социальной адаптации. Нозологическая принадлежность синдрома Каннера спорна. Наиболее распространено отнесение данного синдрома к группе резидуально-органических психических расстройств, связанных с последствиями ранних (внутриутробных и перинатальных) органических поражений головного мозга разной этиологии (Мнухин С. С., 1968; Каган В. Е., 1981; van Krevelen D. A., 1960, 1963; Bosch G., 1970: Wing L., 1976, и др.). Косвен-

ным указанием на роль резидуально-органического фактора в генезе синдрома Каннера может служить относительная частота (более 30%) при нем эпилептиформных судорожных припадков [Wing L., 1975, 1976].

Близким мнением является рассмотрение синдрома Каннера в рамках атипичной умственной отсталости (олигофрении) резидуально-органического происхождения [Мнухин С. С., 1968; van Krevelen D. A., 1960].

Вместе с тем некоторые авторы, начиная с Каннера, относят синдром к расстройствам «шизофренического спектра» и, в частности, рассматривают его как проявление доманифестного шизофренического дизонтогенеза [Вроно М. Ш., Башина В. М., 1975; Башина В. М., 1977, 1980].

Нозологическое положение синдрома Аспергера более определенное. Большинство исследователей, начиная с H. Asperger (1944), относят его к ранним проявлениям аутистической (шизоидной) психопатии. В его этиологии основная роль отводится наследственно-конституциональному фактору.

Симптоматика «органического», или «соматогенного», аутизма [Мнухин С. С., 1967, 1968; Исаев Д. Н., Каган В. Е., 1973; Nissen G., 1977) малоспецифична. Синдром раннего детского аутизма в этом случае связывают с последствиями раннего органического поражения головного мозга. Он сочетается с теми или иными проявлениями психоорганического синдрома: психической инертностью, невысоким уровнем памяти, моторной недостаточностью. Кроме того, отмечаются рассеянная неврологическая симптоматика, признаки гидроцефалии, изменения по органическому типу на ЭЭГ, эпизодические судорожные припадки. Как правило, есть более или менее выраженное отставание в интеллектуальном и речевом развитии.

«Психогенный» аутизм, по данным западных психиатров [Nissen G., 1977, 1980], возникает преимущественно у детей раннего возраста (до 3—4 лет) в связи с воспитанием в условиях эмоциональной депривации (длительное отсутствие материнской ласки, неправильное воспитание в интернатах). Он характеризуется нарушением контакта с окружающими, эмоциональной индифферентностью, пассивностью, безучастностью, отсутствием дифференцированных эмоций, задержкой развития речи и психомоторики.

В отличие от других вариантов детского аутизма «психогенный» аутизм более преходящий, он подвергается быстрому обратному развитию при нормализации условий воспитания. Однако в случае пребывания ребенка в неблаго-

приятных условиях первые 3 года жизни аутистическое поведение и нарушения психического и речевого развития становятся стойкими и трудно отличимыми от других вариантов раннего детского аутизма (A. Dührssen,— цит. по G. Nissen, 1980). В. Е. Каган (1981) относит «психогенный» аутизм к парааутистическим невротическим реакциям и невротическим формированиям личности.

На основании изложенного можно сделать вывод, что ранний детский аутизм представляет сборную группу синдромов разного происхождения, наблюдаемых у детей раннего и дошкольного возраста в рамках разных нозологических форм. В основе этих синдромов лежит своеобразный психический дизонтогенез типа «искаженного развития» [Сухарева Г. Е., 1959; Юрьева О. П., 1970] с преобладанием недоразвития более древних психических сфер, особенно сферы инстинктов и низшей аффективности, при своевременном или даже опережающем развитии отдельных познавательных функций (механическая память, способность к обобщению, запас слов и др.) в части случаев.

Психопатические синдромы

Психопатическими синдромами мы называем относительно устойчивые сочетания аномальных свойств личности, возникшие в результате нарушения ее формирования под влиянием различных эндогенных и экзогенных (включая экзогенно-органические и психогенные) факторов. Механизмы психического дизонтогенеза, лежащие в основе нарушений формирования личности при психопатических синдромах, неоднозначны. Они выступают либо в форме парциальной ретардации, либо, чаще, в форме искаженного (диспропорционального) развития механизмов личностного реагирования. Механизмы парциальной ретардации имеются при психопатических синдромах, развивающихся на основе дисгармонического инфантилизма [Сухарева Г. Е., 1959]. К ним относятся синдромы повышенной аффективной возбудимости, неустойчивости, астенические и отчасти истероидные черты характера. Остальные психопатические синдромы имеют в своей основе механизмы искаженного (диспропорционального) развития, обусловленного патологической асинхронией созревания психических функций.

Однако при психопатических синдромах, развивающихся на основе дисгармонического инфантилизма, в последующем наблюдаются искажение, диспропорция развития личности, что особенно ярко выступает при истероидном

психопатическом синдроме. Несмотря на определенные различия начальных механизмов психического дизонтогенеза, психопатические синдромы могут рассматриваться в рамках синдромов искаженного психического развития.

Психопатические синдромы, развивающиеся на основе дисгармонического инфантилизма, связаны с незрелостью эмоционально-волевой сферы, персистированием таких черт, свойственных младшему детскому возрасту, как неустойчивость эмоций и волевых реакций, преобладание мотива получения удовольствия в поведении, повышенная внушаемость, неспособность преодолевать трудности, повышенная тормозимость и боязливость, несамостоятельность.

При психопатических синдромах, развивающихся с самого начала на основе диспропорционального развития, имеется аномалия свойств темперамента, влечений и низшей аффективности, которая в результате взаимодействия с патогенными и условно-патогенными для данной личности воздействиями микросоциальной среды ведет к формированию патологических свойств характера. Основными среди них являются эпилептоидные, гипертимные, психастенические и шизоидные патологические черты.

В динамике их становления важная роль принадлежит наслаивающимся повторным рудиментарным психопатическим и ситуационным личностным реакциям (патохарактерологические реакции протеста, отказа и т. д.), а у подростков — патологическим развитиям личности [Ковалев В. В., 1979].

Подробная клиническая характеристика психопатических синдромов у детей и подростков изложена в руководстве «Психиатрия детского возраста» [Ковалев В. В., 1979] и здесь не приводится.

Психопатические синдромы как эволютивные образования следует отграничивать от психопатоподобных состояний при процессуальных психических заболеваниях и последствиях мозговых инфекций и травм. Психопатоподобные синдромы в отличие от психопатических обусловлены патогенетическими механизмами повреждения нервно-психических функций, а не эволютивными дизонтогенетическими механизмами. В связи с этим психопатоподобные состояния возникают в результате не нарушенного процесса развития личности, а выпадения или «поломки» тех или иных компонентов формирующейся личности на каком-то этапе ее развития. Возникновению психопатоподобных состояний чаще предшествует более или менее продолжительный период ненарушенного эволютивного формирова-

ния личности. Однако при действии патогенных факторов в раннем возрасте, особенно в первые 2—3 года жизни, когда компоненты личности еще рудиментарны, установить период нормального эволютивного развития психики и личности иногда трудно.

Резидуально-органические психопатоподобные состояния (особенно возникающие в возрасте старше 5 лет) в отличие от психопатических синдромов характеризуются относительно стабильным дефектом личности в виде недостаточности критики, нравственных качеств, преобладания примитивных эмоций, расторможения низших влечений. Эти проявления часто сочетаются с повышенной эффективной возбудимостью или эмоционально-волевой неустойчивостью, импульсивностью, эйфорическим фоном настроения с одновременной склонностью к дисфориям. Имеются инертность и недостаточная целенаправленность психических процессов. Таким образом, это вариант психоорганического синдрома. Патологические свойства личности не имеют цельности, свойственной психопатическим синдромам. Ввиду дефекта высших свойств личности ослаблена склонность к характерологическим и патохарактерологическим реакциям (протеста, отказа и др.). Однако реакции имитации могут встречаться чаще, чем у детей и подростков с психопатическими синдромами.

При отграничении психопатических синдромов от психопатоподобных состояний при шизофрении основное значение имеет отсутствие специфических для шизофрении изменений личности (аутизма, эмоционального снижения, слабости побуждений, специфических нарушений мышления) и рудиментарных продуктивных психопатологических симптомов.

Эволютивные психопатические синдромы свойственны формирующимся психопатиям (конституциональным и органическим), а также психогенным патологическим формированиям личности в нашем понимании [Ковалев В. В., 1969, 1979]. Вместе с тем аномалий темперамента, влечений и низшей аффективности, свойственных некоторым конституциональным психопатиям (эпилептоидной, шизоидной, гипертимной), не бывает при психогенных патологических формированиях личности.

Гебоидный синдром

К синдромам искаженного (диспропорционального) развития условно можно отнести также гебоидный синдром. Условность его отнесения к дизонтогенетическим синдро-

мам объясняется, во-первых, его сравнительно поздним становлением — в основном в пубертатном возрасте, а во-вторых, присутствием в его структуре выраженных проявлений повреждения, «поломки» или выпадения компонентов личности, что сближает его с психопатоподобными состояниями и отличает от психопатических синдромов в том понимании, которое изложено на с. 192—194. Во всяком случае, патогенез данного синдрома и роль психического дизонтогенеза в его происхождении изучены пока недостаточно.

Гебоидный синдром (греч. hebe — юность) — симптомокомплекс, характеризующийся болезненным заострением и искажением эмоционально-волевых особенностей личности, свойственных пубертатному возрасту (преимущественно его первой фазе). Синдром впервые описал в 1890 г. K. Kahlbaum, который обозначил его термином «гебоидофрения» в связи с рядом признаков, сходных с гебефренией.

Основными психопатологическими компонентами гебоидного синдрома являются выраженное расторможение и часто извращение примитивных влечений, особенно сексуального, утрата или ослабление высших нравственных установок (понятий добра и зла, дозволенного и недозволенного и т. д.) со склонностью в связи с этим к асоциальным и антисоциальным поступкам; своеобразное эмоциональное притупление с отсутствием или снижением таких высших эмоций, как чувство жалости, сочувствие, сострадание; повышенная аффективная возбудимость со склонностью к агрессии; выраженный эгоцентризм со стремлением к удовлетворению низших потребностей, нелепый критицизм с особой оппозиционностью к общепринятым взглядам и нормам поведения; утрата интереса к любой продуктивной деятельности, прежде всего к учебе. Психопатологию гебоидного синдрома и его особенности при разных заболеваниях изучали многие исследователи [Ганнушкин П. Б., 1933; Сухарева Г. Е., 1937, 1974; Витебская К. С., 1958; Пантелеева Г. П., 1971: Rinderknecht G., 1920; Carraz G., 1969, и др.]. Значительно меньше описана динамика гебоидного синдрома, преимущественно при шизофрении у подростков и молодых людей [Витебская К. С., 1958; Пантелеева Г. П., 1971, и др.].

Как показывают данные Т. П. Симсон (1948), К. С. Витебской (1958), Е. И. Кириченко (1973), М. Ш. Вроно (1981), а также наши наблюдения, предвестниками синдрома, нередко еще в детском возрасте, являются расстрой-

ства влечений, особенно садистическое извращение сексуального влечения в виде желания делать назло близким, причинять боль окружающим, в том числе детям, мучить животных, испытывая при этом удовольствие, стремления ко всему, что вызывает брезгливость или отвращение у большинства людей (дети охотно берут в руки и играют с червями, гусеницами, пауками, часами роются в мусоре и отбросах на помойках), особого тяготения к различным эмоционально отрицательным событиям и происшествиям (дорожные катастрофы, ссоры, драки, убийства, пожары), о которых дети любят вспоминать и рассказывать. Патология влечений может выражаться также в склонности к воровству, уходах, жестоких агрессивных поступках, прожорливости. К расстройствам влечений у детей нередко присоединяются и другие компоненты гебоидного синдрома: нелепое упрямство, склонность во всем противоречить взрослым, отсутствие жалости.

Рудиментарные гебоидные проявления с определенной возрастной незавершенностью и неполным набором гебоидной симптоматики могут возникать задолго до пубертатного периода, иногда еще в конце дошкольного и в младшем школьном возрасте. Однако значительно чаще гебоидный синдром впервые обнаруживается в пубертатном периоде. По данным К. С. Витебской (1958), он возникает, как правило, при дисгармонически протекающем пубертате, особенно в случаях ускоренного полового созревания. Наши наблюдения свидетельствуют о том, что гебоидные расстройства, возникшие в детском возрасте, значительно заостряются и оформляются в гебоидный синдром под влиянием ускоренного полового созревания.

При возникновении гебоидного синдрома в пубертатном возрасте, как и в случаях более раннего появления гебоидных расстройств, на первый план выступает патология влечений в виде их усиления и извращения. Подростки становятся повышенно сексуальными, усиленно мастурбируют, нередко не скрывая этого, охотно говорят на сексуальные темы, становятся циничными, часто употребляют нецензурные выражения, пытаются вступать в половые связи, иногда обнаруживают различные половые извращения. Вместе с тем есть отчетливые признаки извращения сексуального влечения, чаще садистические, которые вначале направлены главным образом против близких, особенно против матери. Подростки постоянно стремятся делать им назло, изводить их, избивают и терроризируют членов семьи. К извращению влечений и инстинктов следует отнести также

повышенную агрессивность, отсутствие брезгливости, отказ от мытья, неопрятность.

Постепенно к расстройствам элементарных влечений и инстинктов присоединяются более сложные, социализированные формы нарушений влечений в виде бродяжничества, контактов с асоциальными лицами, воровства, употребления алкоголя и наркотиков. Асоциальному поведению наряду с патологией влечений способствуют снижение нравственных установок, эмоциональное притупление, а также утрата интереса к познавательной, продуктивной деятельности, отказ от учебы и работы.

Подростки становятся грубыми, конфликтными, тянутся ко всему отрицательному, подражают плохим примерам, всем своим поведением как бы бросают вызов обществу и его нормам. Нередко им свойственны подчеркнутая эксцентричность и вычурность в поведении и одежде, стремление подражать хиппи, битникам.

Часто такие подростки бросают учебу, бродяжничают, без какой-либо определенной цели уезжают в другие города, примыкают к группам асоциальных подростков и взрослых и становятся на путь правонарушений.

В первой фазе пубертатного возраста (у младших подростков) гебоидный синдром может сочетаться с патологическим фантазированием, как правило, садистического содержания [Витебская К. С., 1958; Пантелеева Г. П., 1971]. У старших подростков к гебоидным расстройствам поведения могут присоединяться сверхценные односторонние увлечения, элементы метафизической интоксикации [Пантелеева Г. П., 1971] в виде непродуктивных занятий отвлеченными проблемами (реформы общественного устройства, образования, военной службы, усовершенствования в системе карательных мер и т. п.), в которых нередко также видна садистическая направленность.

Приводим наблюдение гебоидного синдрома, возникшего в пубертатном периоде.

Девочка Л., 14 лет. Пубертатный метаморфоз протекал стремительно, менструации установились в 12 лет. С началом полового метаморфоза появились нарушения поведения: стала грубой, раздражительной, нетерпимой к замечаниям. Перестала проявлять внимание и заботу к матери, даже во время ее болезни. Испытывала удовольствие, когда выводила кого-либо из себя. Подсыпала соль в пищу родителям, выключала свет в уборной, когда там кто-нибудь находился. В пионерлагере старалась незаметно повалить палатки. «Коллекционирует» наказания, вырезая из школьного дневника замечания учителей или записывая разные случаи наказаний других детей. Просит сверстников и взрослых «поделиться опытом, как быстрее вывести из себя кого-либо». В санатории вымазала одной девочке лицо зубной пастой во вре-

мя сна. В отделении психиатрической больницы очень довольна, когда ей удается довести кого-нибудь до слез. Порвала струны гитары у одного из подростков, назло сломала магнитофон другого мальчика, разрезала бритвой дорогую кожаную куртку у девочки. Проявляет жестокость к подросткам-мальчикам, которые ей нравятся. Одного из них до кровоподтеков избила пряжкой ремня по лицу.

Сравнительно-возрастной анализ гебоидных расстройств в детском возрасте и в разные фазы пубертатного периода свидетельствует о том, что стержневым психопатологическим компонентом гебоидного синдрома являются нарушения влечений в виде их болезненного усиления и особенно извращения [Ковалев В. В., 1979; Вроно М. Ш., 1981, и др.].

Динамика гебоидного синдрома различна в зависимости от того, в рамках какой нозологической формы он возникает. При пограничных состояниях, в частности психопатиях и резидуально-органических психопатоподобных состояниях, гебоидные проявления в большинстве случаев сглаживаются к концу пубертата или в ближайшем постпубертатном периоде (приблизительно к 20—25 годам). При шизофрении гебоидная симптоматика может сохраняться значительно дольше, 15—20 лет [Гроссман А. В., 1965].

Гебоидный синдром в его наиболее типичном виде наблюдается при шизофрении с непрерывно-вялым течением и в инициальном периоде других форм с манифестацией в пубертатном возрасте [Пантелеева Г. П., 1971]. Высказывается также мнение о том, что некоторые затяжные гебоидные состояния представляют собой атипичный протрагированный приступ (шуб) приступообразно-прогредиентной шизофрении [Наджаров Р. А., 1974]. По данным некоторых авторов, синдром может наблюдаться также на начальном этапе параноидной и злокачественной юношеской шизофрении [Наджаров Р. А., 1969; Вроно М. Ш., 1971; Цуцульковская М. Я. и др., 1981, и др.].

Наряду с этим гебоидный синдром описывается при психопатиях [Юдин Т. И., 1926; Аккерман В. О., 1933; Stutte H., 1960, и др.] и психопатоподобных состояниях в результате мозговых инфекций и травм [Сухарева Г. Е., 1974]. Некоторые зарубежные авторы выделяют «гебоидную психопатию» [Stutte H., 1960]. Однако чаще психопатических личностей с гебоидными проявлениями относят к группе так называемых антисоциальных или «эмоционально тупых» [Ганнушкин П. Б., 1933; Международная классификаций болезней 8-го и 9-го пересмотров].

В связи с возрастным изоморфизмом дифференцировка гебоидных состояний при разных нозологических формах весьма трудна. При дифференциальной диагностике в большинстве случаев приходится опираться не столько на нозологические различия синдрома, сколько на сопутствующие симптомы и клиническую картину заболевания в целом, включая особенности динамики, описанные выше.

При шизофрении синдром сопровождается особенно выраженным извращением сексуального влечения с жестокими и вычурными садистическими действиями на эмоционально холодном фоне. Кроме того, отмечаются аутистическое поведение, разнообразные расстройства мышления (резонерство, наплывы и остановки мыслей, соскальзывания, паралогизмы), немотивированные колебания настроения с приступами страха и тревоги, чередования злобности и раздражительности с нелепыми шутками, манерностью, гримасничаньем (напоминающими гебефренные проявления), аутистические элементы патологического фантазирования, рудиментарные продуктивные симптомы (оклики, эпизодические идеи отношения). В случаях гебоидного инициального этапа юношеской злокачественной шизофрении появлению гебоидных расстройств предшествуют выраженные негативные симптомы [Цуцульковская М. Я. и др., 1981].

Особенности гебоидного синдрома при психопатиях изучены мало. Обоснованность выделения самостоятельной гебоидной психопатии вызывает сомнения ввиду того, что типичные гебоидные проявления имеют определенную возрастную приуроченность. Вместе с тем наш опыт и данные литературы говорят о возможности возникновения более или менее очерченных гебоидных состояний как выражения пубертатной декомпенсации при некоторых формирующихся психопатиях (преимущественно группы возбудимых и гипертимных). В этих случаях по существу бывают патологическое заострение и нерезкое искажение пубертатных личностных сдвигов, главным образом эмоционально-волевых, описанных выше. В структуре гебоидных расстройств при этом преобладают не столько садистически-извращенные, сколько повышенные влечения. Грубость, резкость, аффективные вспышки, агрессия возникают, как правило, под влиянием различных ситуационных воздействий, как проявления патологических реакций протеста, а не беспричинно или по незначительному поводу и не на эмоционально холодном фоне. Оппозиционное отношение к родителям связано с «реакциями эмансипации» [Лич-

ко А. Е., 1977], с болезненно усиленным стремлением к независимости и не носит характера постоянных изощренных издевательств, физических и нравственных истязаний, которые свойственны больным шизофренией с гебоидным синдромом. Асоциальное поведение — бродяжничество, сексуальная распущенность, злоупотребление алкоголем, воровство, возникающее в связи с повышенными влечениями и особой склонностью к реакциям имитации, обнаруживается в основном в группе асоциальных подростков. Такое поведение формируется в известной мере под влиянием отрицательной микросреды, лишено непонятности и нередко нелепости, наблюдаемой при асоциальных или антисоциальных поступках подростков, больных шизофренией.

Помимо сказанного, при гебоидных состояниях у подростков с формирующейся психопатией нет аутистических тенденций, расстройств мышления, вычурного патологического фантазирования, рудиментарных расстройств восприятия и бредовых идей, эпизодов тревоги и страха, свойственных больным шизофренией с гебоидным синдромом. Гебоидное состояние при психопатии обычно не выходит за рамки юношеского возраста.

При отсутствии устойчивого асоциального и делинквентного поведения исход гебоидных состояний, как правило, благоприятный, не оставляющий дефекта в эмоционально-волевой сфере.

Гебоидный синдром в случаях резидуально-органических психопатоподобных состояний с самого начала отличается четким дефектом высших свойств личности: недостаточностью критики, отсутствием чувства дистанции, грубым нарушением высших эмоций, в том числе нравственных и интеллектуальных, резким расторможением низших влечений в виде нескрываемого онанизма, прожорливости. Асоциальные поступки у таких больных, как правило, импульсивны или совершаются под чьим-либо влиянием.

Присутствуют и другие признаки психоорганического синдрома: выраженная эксплозивность, колебания настроения от эйфорического до злобно-раздражительного, назойливость, истощаемость, психическая инертность. Часто встречаются диэнцефально-вегетативные расстройства, церебро-эндокринная патология (ожирение, гипертрихоз и др.), признаки гидроцефалии с гипертензией.

В отличие от гебоидного синдрома при шизофрении в этих случаях нет аутистического поведения, специфических

расстройств мышления, не наблюдаются патологическое фантазирование и другие продуктивные симптомы.

Отдельные гебоидоподобные проявления, связанные с расторможением влечений и заострением некоторых черт пубертатной психики, возможны у подростков с ускоренным половым созреванием резидуально-органического происхождения [Лебединская К. С., 1969]. В их число входят эксплозивность, повышенная агрессивность, склонность к бродяжничеству и некоторым другим асоциальным действиям (мелкое воровство, употребление алкоголя) у мальчиков и аффективная возбудимость в сочетании с резко повышенным половым влечением с сексуальной распущенностью у девочек. Однако указанные проявления представляют лишь отдельные компоненты гебоидного синдрома без свойственной ему целостной, очерченной психопатологической картины.

Глава 10

ПРОДУКТИВНО-ДИЗОНТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ

Гебефренический (гебефрено-кататонический) синдром

Гебефренический (гебефренный) синдром выделен K. Kahlbaum (1863) и E. Hecker (1871) (цит. W. Kretschmer, 1972). В развернутом виде он типичен для старшего подросткового и юношеского возраста. Для него характерно немотивированное двигательное возбуждение с дурашливостью, гримасничаньем, клоунизмом, нелепыми выходками, неадекватным смехом. Больной кривляется, прыгает по кроватям, кувыркается, нелепо хохочет, обнажается, может внезапно ударить или обнять. Одновременно наблюдается речевое возбуждение, также вычурное, с манерностью интонации и произношения (больные своеобразно растягивают слова, произносят их сквозь зубы, говорят необычно высоким, писклывым голосом и т. п.), употреблением исковерканных слов, неологизмов. Нередко отмечается сексуальное возбуждение, сопровождающееся нескрываемым онанизмом. Двигательное и речевое возбуждение протекает на фоне «пустого», монотонного эйфорического настроения. Часто имеется разорванность мышления с речевой разорванностью.

Гебефренное возбуждение, которое проявляется бессмысленным кривляньем, гримасами, кувырканьем, бросанием на пол вещей, плоскими шутками, негативизмом [Снежневский А. В., 1968], во многом напоминает кататоническое возбуждение у подростков (см. часть первую). Кроме того, гебефренные расстройства часто сочетаются с кататоническим возбуждением и ступором (стереотипии, эхолалии, вербигерации, импульсивные поступки, мутизм, негативизм и т. п.). В связи с этим такие состояния определяют как гебефрено-кататонический синдром.

Развернутые гебефренные состояния до пубертатного периода не встречаются. Однако отдельные гебефренные проявления наблюдаются у детей, в том числе дошкольного возраста. Так, по наблюдениям В. М. Башиной (1980), при шизофрении у детей 5—8 лет могут возникать состояния двигательного возбуждения с изменчивым настроением, импульсивностью, дурашливостью, гротескным кокетством, расторможением влечений, манерной речью с пуэрильной или, напротив, утрированно «взрослой» интонацией, выраженным игровым компонентом.

Гебефрено-кататонический синдром встречается в основном в рамках непрерывно-прогредиентной шизофрении, в том числе при злокачественной юношеской шизофрении [Наджаров Р. А., 1964].

По мнению Г. Е. Сухаревой (1974), выраженные гебефренические проявления при шизофрении в большинстве случаев возникают на фоне негативной симптоматики (снижение интересов, продуктивности, эмоциональное оскудение, садистические влечения), обусловленной ранее начавшимся вялотекущим процессом.

Гебефрено-кататонические проявления встречаются также при приступах периодических психозов резидуально-органического генеза у подростков [Сухарева Г. Е., 1955, 1974]. В этом случае явления ступора с мутизмом, с отказом от еды, каталепсией чередуются с двигательным и речевым возбуждением с манерностью, дурашливостью, гримасничаньем, разорванными высказываниями, сексуальной расторможенностью. Отличиями перечисленных расстройств от гебефрено-кататонических состояний при шизофрении служат их возникновение на фоне помраченного сознания (сумеречного, аментивного, реже онейроидного типа), отсутствие или слабая выраженность негативизма и недоступности, персеверативность, монотонность, назойливость, астенические компоненты.

В патогенезе гебефренных расстройств важная роль принадлежит нарушениям нервно-психического и общего развития [Kahlbaum K., 1890; Zutt J., 1956; Kretschmer W., 1972].

Синдромы регрессивных расстройств

Регрессивными психическими расстройствами мы называем разнообразие изменения поведения и навыков с временным возвратом к незрелым формам, свойственным более ранним возрастным этапам нервно-психического развития.

Наиболее распространенными расстройствами данной группы у детей и подростков являются нарушения навыков опрятности, регрессивные расстройства психомоторики, патологические привычные действия и синдромы мутизма (элективного и тотального).

Нарушения навыков опрятности проявляются в форме энуреза и энкопреза.

Энурезом называют неосознанное упускание мочи, чаще во время ночного сна. Неосознанное упускание мочи рассматривается как патологическое явление начиная с 4 лет. До того непроизвольное упускание мочи может быть связано с возрастной незрелостью регуляции мочеиспускания и недостаточной упроченностью навыка удержания мочи.

Энурез (ночной и дневной) может наблюдаться при психогенных расстройствах (неврозах, регрессивных ситуационных расстройствах поведения), резидуально-органических неврозоподобных состояниях, органических заболеваниях головного мозга, шизофрении, олигофрении. Невротический энурез, по данным Б. Л. Шпрехера (1974, 1975), полученным в нашей клинике, возникает либо остро, после аффективно-шоковой реакции, либо постепенно под влиянием хронической психотравмирующей ситуации. В первом случае энурез сопровождается невротическими расстройствами сна, снижением аппетита, пониженным настроением, плаксивостью.

Во втором случае разнообразные невротические нарушения (страхи, расстройства настроения, сна, тики) предшествуют энурезу.

Неврозоподобный резидуально-органический энурез преимущественно ночной, монотонный, со значительной частотой и регулярностью упускания мочи, слабой реакцией личности на расстройство, сопутствующими психоорганически-

ми нарушениями. Сон у больных очень глубокий, пробуждение затруднено.

Энурез как регрессивный невротический или неврозоподобный симптом следует отличать от дизонтогенетического первичного энуреза [Ковалев В. В., 1979], при котором упускание мочи связано с задержкой созревания регуляции мочеиспускания. В последнем случае бывает длительная (до 8—12 лет и старше) недостаточность регуляции мочеиспускания. Дизонтогенетический первичный энурез относится к проявлениям парциальной ретардации развития, т. е. является негативно-дизонтогенетическим расстройством.

Регрессивным феноменом является также энкопрез, т. е. непроизвольное выделение испражнений при отсутствии аномалий и заболеваний нижнего отдела кишечника и анального сфинктера. Как правило, выделяется немного испражнений, которые незначительно пачкают белье.

Энкопрез как регрессивное проявление в основном встречается при психогенных расстройствах (неврозы, реакции пассивного протеста). Он бывает и при неблагоприятно текущей шизофрении, органических заболеваниях головного мозга, олигофрении.

Психогенный, в том числе невротический, энкопрез болезненно переживается ребенком, сочетается с пониженным настроением, разнообразными невротическими расстройствами, сопровождается гиперкомпенсаторным стремлением к чистоплотности и аккуратности. Как правило, выявляется зависимость энкопреза от психотравмирующей ситуации.

Невротический энкопрез следует отличать от энкопреза как психогенной реакции пассивного протеста. В этом случае недержание кала частично осознается, возникает только в определенной психотравмирующей ситуации (например, при помещении ребенка в детское учреждение), сочетается с нарушениями поведения и бывает относительно кратковременным (1—2 нед).

При шизофрении, реже при органических поражениях головного мозга и олигофрении, энкопрез связан с патологией влечений — ребенок испытывает удовольствие, ощущая испражнения, может их размазывать, играть с ними. Отсутствуют или слабо выражены реакция личности на недостаток, чувство стыда.

Регрессивные расстройства психомоторики проявляются как отдельными примитивными движениями, так и более сложными двигательными формами, свойствен-

ными ранним, давно пройденным этапам постнатального развития психомоторики. Сюда относятся ползание вместо ходьбы, ходьба на носках, атетозоподобные перебирания пальцами рук, свойственные детям первых недель жизни, у детей более старшего, например преддошкольного и дошкольного, возраста потряхивания кистями, верчение пальцев перед глазами, движения руками, напоминающие взмахи крыльев, стереотипные раскачивания и кружения [Башина В. М., 1980].

Регрессивные проявления часто наблюдаются в экспрессивной речи: односложные фразы, эхолалии, замена местоимения первого лица по отношению к себе местоимениями второго и третьего лица, аутистическая речь, лепетная речь.

К проявлениям регресса поведения относится полная или частичная утрата навыков самообслуживания, при которой дети перестают жевать, пользоваться ложкой, едят руками, разучиваются самостоятельно одеваться, стелить постель, становятся неряшливыми. Часто это сочетается с утратой навыков опрятности.

Регрессивные расстройства психомоторики нозологически неспецифичны. Они наблюдаются при шизофрении, начавшейся в раннем детском возрасте, у больных прогрессирующими органическими заболеваниями центральной нервной системы, при различных резидуально-органических и психогенных заболеваниях, при непроцессуальных синдромах раннего детского аутизма. В случаях шизофрении и прогрессирующих органических заболеваний регрессивные расстройства психомоторики более грубы, разнообразны и устойчивы. Чаще встречается распад моторных и речевых навыков (ползание вместо ходьбы, утрата навыков самообслуживания, лепетная речь и т. п.).

При шизофрении, начавшейся в раннем возрасте, регрессивные расстройства психомоторики сочетаются с рудиментарными кататоническими проявлениями [Башина В. М., 1980] (ходьба по кругу и манежный бег, однообразная ходьба от препятствия к препятствию, импульсивный бег в неопределенном направлении, вычурная походка, гримасы, мутизм, чередование возбуждения и вялости, заторможенности).

В случаях резидуально-органических (например, посттравматических) и психогенных заболеваний регрессивные расстройства психомоторики более избирательны (например, только расстройтво ходьбы или только нарушения навыков самообслуживания и т. п.), относительно кратковре-

менны, как правило, не сочетаются с кататоническими явлениями.

При невротических состояниях у детей раннего возраста (до 2 лет) наблюдаются своеобразные стереотипные статические и динамические расстройства психомоторики: поза эмбриона, феномены «заячьего глаза» и «челнока» во время сна, сон на корточках, биения, ползание по кровати, складывания и др. [Кириченко Е. И., Бобылева Г. И., Шевченко Ю. С., 1984]. Эти регрессивные расстройства, возникающие чаще в ночное время, отчасти связываются с нарушениями биоритма сон — бодрствование [Гольбин А. Ц., 1979].

К продуктивно-дизонтогенетическим расстройствам психомоторики у детей 2—3-го года жизни с пограничными психическими нарушениями относится также растормаживание «комплекса оживления» (свойственного детям 1-го года жизни) в виде прыжков, взмахиваний руками, ликующих звуков при эмоциональном возбуждении [Кириченко Е. И. и др., 1984].

Регрессивные расстройства психомоторики при непроцессуальных синдромах раннего детского аутизма, в частности при непроцессуальном синдроме Каннера, описаны в предыдущей главе. Мы рассматриваем их как выражение парциальной ратардации в рамках искаженного (диспропорционального) психического развития.

Необратимые регрессивные расстройства психомоторики и речи при злокачественной шизофрении детского возраста, при прогрессирующих органических деменциях, включая деменцию Геллера (см. главу 9), с общим распадом психики следует относить к негативным симптомам.

Таким образом, патогенетическая сущность регрессивных расстройств психомоторики неоднозначна. Только часть из них, а именно временные, обратимые, можно отнести к продуктивно-дизонтогенетическим расстройствам. Их патогенетические механизмы близки к механизмам кататонических расстройств, что и объясняет относительную частоту сочетания этих групп нарушений у детей младшего возраста.

Особую группу регрессивных расстройств составляют *патологические привычные действия*: однообразные раскачивания перед сном у детей раннего возраста — яктация, привычка трогать и раздражать половые органы — мастурбация, сосание пальцев рук, кусание ногтей — онихофагия, выдергивание волос на волосистой части головы и бровях — трихотилломания.

Психопатология патологических привычных действий почти не разработана. Однако известно, что их возникновение тесно связано с аффективными нарушениями (депрессия, тревога, эмоциональное напряжение), а также с повышением и извращением влечений, прежде всего сексуального влечения [Nissen G., 1980]. Д. Н. Исаев, В. Е. Каган (1979) называют перечисленные патологические привычные действия условно-сексуальными проявлениями. Вместе с тем некоторые привычные действия, например трихотилломанию, нередко относят к двигательным навязчивостям [Гарбузов В. И., 1971; Быков В. М., 1976]. В связи с относительной частотой патологических привычных действий у детей, переживающих фрустрацию или эмоциональную деприващию, в зарубежной детской психиатрии основную роль в генезе таких действий приписывают компенсаторному механизму «эрзац-удовлетворения» [Nissen G., 1980].

Некоторые привычные действия у детей раннего возраста, например яктацию, сосание пальцев и языка, связывают с дефицитом ритмических раздражителей (сосание материнской груди, укачивание), необходимых для созревания фазы медленного сна.

Дизонтогенетический характер привычных патологических действий обусловливает их приуроченность к детскому и отчасти подростковому возрасту. Яктация свойственна только раннему возрасту; сосание пальца и языка наблюдается в пределах раннего детского и дошкольного возраста, изредка — в младшем школьном возрасте. Другие патологические привычные действия возможны как у детей, так и у подростков. Упорством и склонностью к рецидивам отличаются онихофагия и трихотилломания. Однако после пубертатного возраста может сохраняться лишь онихофагия.

Клинико-нозологическое положение патологических привычных действий недостаточно ясно.

Большинство детских психиатров относят их в основном к проявлениям психогенных расстройств: неврозов, реактивных состояний, компенсаторных реакций и т. д. [Симсон Т. П., 1958; Гарбузов В. И., Захаров А. И., Исаев Д. Н., 1977; Ковалев В. В., 1979; Nissen G., 1977, 1980, и др.].

Однако патологические привычные действия, в том числе яктация, сосание пальцев и языка, мастурбация, трихотилломания, нередко встречаются у больных шизофренией, олигофренией, органическими заболеваниями головного мозга. В этих случаях в основе привычных действий лежат

в основном нарушения влечений, а не аффективные расстройства. В связи с этим патологические привычные действия более грубые и упорные, не сопровождаются выраженной личностной реакцией, стремлением избавиться от этих расстройств, чувством вины. Однако у названных групп больных патологические привычные действия могут быть и проявлением вторичных психогенных расстройств компенсаторного типа.

К регрессивным психическим расстройствам мы относим также синдромы мутизма (греч. mutos — немой), т. е. полного или частичного отсутствия экспрессивной речи при сохранении способности говорить и понимать речь.

Мутизм у детей и подростков швейцарский детский психиатр M. Tramer (1934, 1952, 1964) подразделил на тотальный и элективный (избирательный). Тотальный мутизм, характеризующийся полным молчанием («неговорением») в любой обстановке и по отношению к любым лицам, наблюдается как у детей, так и у взрослых при кататонических и кататоноподобных состояниях, а также при реактивных состояниях (психогенный, истерический мутизм). Элективный мутизм свойствен преимущественно детям дошкольного и младшего школьного возраста и имеет в основном психогенное происхождение [Haenel T., Werder H., 1977]. Наиболее часто, по нашим наблюдениям, элективный мутизм бывает регрессивной формой реакции пассивного протеста [Ковалев В. В., 1973, 1979]. В этом случае ребенок не пользуется речью или активно отказывается от речевого общения с лицами, вызвавшими психотравмирующие переживания, например, с кем-либо из родителей, воспитательницей детского сада, учителем в школе, которые наказали ребенка, резко или грубо обошлись с ним. Кроме того, речевой контакт может отсутствовать со всеми окружающими, прежде всего со взрослыми, в определенной психотравмирующей ситуации, например в детском саду, в школе, посещение которых травмирует ребенка. С другими лицами, особенно со сверстниками, а также в нетравмирующей обстановке ребенок сохраняет речевое общение.

Выделяют элективный мутизм как невротическое расстройство [Соловьева М. В., 1939, 1951; Симсон Т. П., 1958; Буянов М. И., 1974; Weber A., 1950, и др.]. В этом случае в основе нарушения речи лежат аффективные расстройства — депрессия, тревога, боязнь речи [Weber A., 1950].

По мнению A. Weber (1958), в патогенезе психогенного мутизма ведущая роль принадлежит регрессии речи до более раннего онтогенетического уровня.

Тотальный психогенный мутизм у детей чаще развивается после аффективно-шоковой реакции и имеет продолжительность от нескольких часов до нескольких недель, тогда как элективный мутизм может длиться до нескольких лет [Cerny L., Mecir J., 1957; Lorand B., 1960; Haenel T., Werder H., 1977]. При длительном элективном мутизме происходит патологическое формирование личности, преимущественно по тормозимому и псевдошизоидному типу [Кириченко Е. И., Каганская Л. А., 1974; Буянов М. И., 1974].

Взаимоотношения между тотальным и элективным мутизмом изучены недостаточно. С одной стороны, элективный мутизм часто наблюдается по выходе из тотального мутизма, с другой — элективный мутизм может сменяться тотальным.

Психогенный мутизм следует отграничивать от мутизма при шизофрении и органических заболеваниях головного мозга. При шизофрении мутизм, как правило, является частным выражением кататонического ступора или субступора, сочетаясь с другими кататоническими симптомами. При органических заболеваниях головного мозга мутизм (чаще парциальный) связан со слабостью речевой активности, недоразвитием экспрессивной речи, дизартрией и связанной с этим вторичной невротической логофобией [Haenel T., Werder H., 1977]. Как правило, в этом случае он выступает на фоне психоорганического синдрома. Часто отмечается интеллектуальная недостаточность.

Синдром гиперактивности

Синдром гиперактивности (син.: гипердинамический, гиперкинетический, синдром общей двигательной расторможенности) стал систематически изучаться с 50-х годов XX столетия [M. Laufer, Denhoff E., 1957]. Это сочетание общего двигательного беспокойства, неусидчивости, обилия лишних движений, недостаточной целенаправленности и импульсивности поступков, повышенной аффективной возбудимости, эмоциональной лабильности, нарушений концентрации внимания [Ковалев В. В., 1979; Stutte H., 1960; Huessy H. R., Wright A. L., 1970; Lepoutre R., 1975; Schachter M., 1975, и др.]. Кроме того, характерны нарушения школьной адаптации, связанные как с перечисленными нарушениями поведения и внимания, так и

с частыми трудностями в усвоении школьных навыков (чтения, письма, счета). Нередки также расстройства засыпания.

Синдром встречается в возрасте от $1^1/_2$ до 15 лет, наиболее интенсивно проявляясь в конце дошкольного и в младшем школьном возрасте. У детей старше 9—10 лет проявления синдрома, прежде всего моторная возбудимость и двигательная расторможенность, постепенно сглаживаются, полностью исчезая после 14—15 лет.

Синдром гиперактивности нозологически малоспецифичен. Наиболее часто он встречается при отдаленных последствиях ранних органических поражений головного мозга [Ковалев В. В., 1979]. В зарубежной, особенно англо-американской, литературе его часто отождествляют с так называемыми синдромами минимального мозгового повреждения и минимальной мозговой дисфункции [Huessy H. R., Wright A. L., 1970; Schachter M., 1975].

Синдром гиперактивности, обусловленный ранним органическим поражением мозга, как правило, сочетается с пониженной работоспособностью, замедленным темпом мышления, сниженной памятью, церебрастеническими нарушениями, расстройствами отдельных высших корковых функций (гнозис, праксис и др.), а также с рассеянной неврологической микросимптоматикой, входя, таким образом, в структуру сложного психоорганического синдрома [Бадалян Л. О., Журба Л. Т., Мастюкова Е. М., 1978; Ковалев В. В., 1979].

Синдром гиперактивности может также наблюдаться при эпилепсии, текущих органических заболеваниях центральной нервной системы (например, подострых прогрессирующих энцефалитах, синдроме Крамера — Польнова и др.), шизофрении на резидуально-органической почве у детей дошкольного и младшего школьного возраста. В этих случаях синдром не занимает ведущего положения в клинической картине, сочетаясь со специфическими изменениями личности, дисфориями, судорожными припадками, грубыми гиперкинезами, стереотипиями и другими расстройствами.

Часто синдром отмечается в структуре осложненных форм умственной отсталости и состояний пограничной интеллектуальной недостаточности. Нередко выраженная двигательная расторможенность и нарушения активного внимания наблюдаются у детей с невротическими состояниями, развивающимися при резидуальной церебрально-органической недостаточности.

Синдромы страхов

Повышенная готовность к аффекту страха — характерная особенность детского возраста, обусловленная относительной легкостью растормаживания пассивно-оборонительного рефлекса, который, по И. П. Павлову, составляет физиологическую основу страха. В связи с этим разграничить психологические и патологические страхи у детей не всегда легко. Критериями патологических страхов являются их беспричинность или явное несоответствие интенсивности страха силе вызвавшего его ситуационного воздействия, затяжной характер, склонность к генерализации, нарушение общего состояния (сна, аппетита, физического самочувствия) и поведения ребенка под влиянием страхов [Сухарева Г. Е., 1959; Ковалев В. В., 1979; Nissen G., 1980]. Патологические страхи могут входить в структуру различных психопатологических синдромов, прежде всего невротических, аффективных и аффективно-бредовых, но нередко выступают как относительно самостоятельные психопатологические образования, которые можно рассматривать как синдромы страхов [Сухарева Г. Е., 1955]. Эти синдромы мы относим к проявлениям преимущественно аффективного возрастного уровня нервно-психического реагирования [Ковалев В. В., 1969, 1979].

У детей и подростков можно выделить 5 основных групп синдромов или симптомов страха: 1) навязчивые страхи, 2) страхи со сверхценным содержанием, 3) бредовые страхи, 4) психопатологически недифференцированные и 5) ночные страхи.

Навязчивые страхи (фобии от греч. phobos — страх), т. е. неотступно, вопреки желанию возникающие переживания страха, которые осознаются как чуждые, необоснованные, нередко встречаются у детей школьного возраста (чаще после 10 лет) и подростков. Рудиментарные, незавершенные фобии (страх ходьбы после падения и ушиба и даже страх загрязнения) описаны у детей раннего и преддошкольного возраста [Симсон Т. П., 1958]. Однако в этих случаях в связи с незрелостью самосознания отсутствуют переживание чуждости, чувство внутренней несвободы, активное стремление к преодолению страхов.

Навязчивые страхи в детском возрасте отличаются конкретностью содержания, относительной простотой, более или менее отчетливой связью с определенной травмирующей ситуацией. Чаще всего это страх загрязнения и зара-

жения (мизофобия), острых предметов (оксифобия), особенно иголок, закрытых помещений (клаустрофобия), транспорта, боязнь умереть от удушья во сне, от остановки сердца и т. д. [Симсон Т. П., 1958; Сухарева Г. Е., 1959; Сканави Е. Е., 1962; Ковалев В. В., 1979; Stutte H., 1960, и др.]. У подростков наряду с названными навязчивыми страхами нередко встречаются страх смерти близких, особенно матери [Личко А. Е., 1979], навязчивые опасения заболеть той или иной болезнью (нозофобия), например сифилисом (сифилофобия), раком (канцерофобия), тяжелой болезнью сердца (кардиофобия). Особую группу навязчивых страхов, свойственных подросткам, составляют опасения оказаться несостоятельными во время той или иной ответственной деятельности, например боязнь устных ответов в классе, страх других публичных выступлений, страх речи (логофобия) у заикающихся. К этой группе навязчивых страхов примыкают навязчивые опасения обратить на себя нежелательное внимание окружающих, с которым тесно связана боязнь покраснеть (эрейтофобия). Фобии несостоятельности во время той или иной деятельности, а также близкий к ним навязчивый страх подавиться плотной пищей или костью при еде составляют основу навязчивых переживаний при «неврозе ожидания»— варианте невроза навязчивости, который был выделен Крепелином (1915).

Навязчивые страхи, как и другие навязчивости, характерны в основном для невроза навязчивых состояний и вялотекущей шизофрении. По данным Ю. С. Шевченко (1979, 1980), полученным в нашей клинике, фобический невроз имеет закономерную этапность (смена этапа анксиозной и невротической реакции этапом невротического состояния с навязчивыми страхами, иногда сопутствующими защитными ритуалами и невротического формирования личности обсессивно-фобического типа) и «сквозной» характер ведущего фобического синдрома на всем протяжении заболевания.

В отличие от невроза навязчивости, при шизофрении с синдромом навязчивых страхов имеется «регрессивная» динамика, т. е. присоединение навязчивостей, свойственных более раннему возрастному уровню нервно-психического реагирования (например, моторных навязчивостей), и отсутствует этапность, свойственная неврозу. Кроме того, навязчивые страхи при шизофрении недостаточно связаны с конкретной психотравмирующей ситуацией, необычны, вычурны или даже нелепы по содержанию (например,

у подростка навязчивая боязнь того, что «мать во время еды может сесть мне на голову»; «моя голова может отвалиться и упасть в мусоропровод»). Со временем при шизофрении навязчивые страхи становятся все более оторванными от реальности, аффективно бледными, обнаруживая в части случаев тенденцию к трансформации в бредовые идеи (воздействия, ипохондрические).

Наиболее распространенную группу страхов у детей и подростков составляют синдромы страхов сверхценного содержания.

Первое упоминание о возможности возникновения у детей страха сверхценного содержания принадлежит Th. Ziehen (1926), который относит к ним боязнь грозы, темноты, одиночества, привидений. На возможность появления у детей и подростков синдрома страха как сверхценного переживания указывала также К. А. Новлянская (1964).

Проведенный в нашей клинике психопатологический анализ так называемых невротических страхов у детей и подростков [Жуковская Н. С., 1972; Ковалев В. В., 1974] показал в большинстве таких случаев наличие компонента сверхценности.

Среди сверхценных невротических страхов у детей дошкольного и младшего школьного возраста преобладают боязнь темноты, одиночества и страхи, связанные с живыми объектами, напугавшими ребенка (различные животные, «черный дядька» и т. п.). Ребенок убежден в обоснованности этих страхов и не пытается их преодолеть в отличие от навязчивых страхов. Аффект страха неразрывно связан с представлением о темноте (в виде различных устрашающих объектов, которые могут скрываться во мраке), одиночестве (мнимые опасности, которые подстерегают ребенка в отсутствие родителей), о тех или иных страшных животных или людях. Указанные представления начинают доминировать в сознании, сопровождаются сильными аффектами страха и тревоги, сводят к минимуму действие успокаивающих разубеждений окружающих. Таким образом, они становятся сверхценными.

Сверхценность в данной группе страхов часто проявляется в виде стойко измененного отношения (особая боязливость, тревожное опасение, чувство отвращения и т. п.) к определенным объектам и явлениям, вызвавшим испуг. Подобное измененное (сверхценное) отношение при повторном столкновении с объектом или явлением обнаруживается не только на высоте испуга, но и в спокойном состоянии, спустя долгое время (иногда годы) после испуга.

Иллюстрацией страхов сверхценного содержания может быть следующее наблюдение Н. С. Жуковской.

Девочке 2 лет во время тихого часа в яслях воспитательница неожиданно показала игрушечного цыпленка. Девочка испугалась, после этого долго плакала. Вернувшись домой, была беспокойной, тревожной, вечером долго не засыпала, кричала: «Цыпочки! Цыпочки кусают меня!» С этого времени стала плаксивой, грустной, часто со страхом просыпалась по ночам, говоря, что боится «цыпочек, курочек». Под влиянием амбулаторного лечения страхи постепенно прошли, но спустя 2 мес после того, как девочка увидела в яслях живую курицу, страхи возобновились с прежней силой, возникали в виде приступов. Стала бояться любых птиц. При катамнестическом обследовании спустя 4 года: посещает детский сад, послушная, ласковая, привязана к матери, любознательная, учится игре на аккордеоне и фигурному катанию, впечатлительная. Выраженных страхов нет, однако по-прежнему боится птиц: кур, голубей, воробьев.

Как видно из приведенного наблюдения, страхи сверхценного содержания возникают в форме выраженных аффективных приступов, в дальнейшем склонны переходить в стойкие сверхценные опасения и боязливость без острого аффекта страха.

Своеобразную разновидность синдрома сверхценных страхов у детей преимущественно младшего школьного возраста (7—9 лет) представляет так называемая боязнь школы («Schulangst», по G. Nissen, 1980), в основе которой лежат сверхценные страхи и опасения, связанные со школьной ситуацией, страх перед неуспеваемостью, наказанием за нарушение дисциплины, перед строгим учителем и т. п.

Страх школы может быть источником упорных отказов от посещения школы и школьной дезадаптации.

С препубертатного возраста (приблизительно с 10—11 лет) в тематике сверхценных страхов на первый план выступают опасения за жизнь и здоровье. Дети боятся, что на них нападут бандиты или хулиганы, особенно когда они остаются одни, испытывают страх смерти от удушья, от остановки сердца и т. п. Подобные страхи всегда связаны с той или иной конкретной психотравмирующей ситуацией: устрашающими рассказами товарищей или родственников, испугом при встрече с пьяным, болезнью или смертью близкого или знакомого человека.

В пубертатном возрасте страхи сверхценного содержания наиболее часто выступают в форме развернутых ипохондрических страхов и опасений не только с выраженными вегетативными нарушениями, но и с сенестопатиями (давление, распирание, жжение, покалывание в разных

частях тела). Нередко синдром страхов сверхценного содержания трансформируется в ипохондрически-сенестопатический синдром.

Синдром страхов сверхценного содержания наиболее часто встречается при психогенных заболеваниях, главным образом при неврозе страха, но возможен также при психогенно провоцированном приступе шизофрении.

Проведенные в нашей клинике наблюдения Н. С. Жуковской (1971) показывают, что при шизофрении страхи сверхценного содержания сравнительно быстро перестают отражать психотравмирующую ситуацию, генерализуются, выходя из рамки первоначальной тематики, иногда становятся вычурными. Между приступами страхов обнаруживаются не свойственные неврозу напряженность, настороженность, подозрительность к окружающим людям, включая близких. Обращает на себя внимание диссоциация между угрожающей тематикой страхов и слабой аффективной реакцией. Отмечается тенденция к вербализации страхов, амбивалентное отношение к ним, оттенок удовольствия при обсуждении содержания страхов.

Нередко между приступами психогенно вызванных страхов у больных шизофренией можно обнаружить начальные негативные расстройства в виде отгороженности, недостаточной эмоциональной живости, изменений мышления (элементы резонерства, причудливость, разноплановость).

Усложнение психопатологической картины при динамическом наблюдении, появление продуктивных психопатологических расстройств: элементов бреда, психических автоматизмов, псевдогаллюцинаций, также говорят в пользу эндогенного заболевания.

Сами страхи сверхценного содержания при шизофрении склонны переходить в бредовые страхи, а позднее — в неразвернутые ипохондрические бредовые идеи с сенестопатическим компонентом, а также идеи отравления, преследования, воздействия.

Бредовые страхи характеризуются переживанием скрытой угрозы со стороны как живых, так и неодушевленных объектов, сопровождаются тревогой, настороженностью, подозрительностью к окружающим лицам, ощущением какой-то опасности для себя в их действиях. Временами бредовые страхи сочетаются с психомоторным беспокойством и соматовегетативными нарушениями (сердцебиение, покраснение или побледнение кожных покровов, отсутствие аппетита, бессонница, общее недомогание).

Бредовые страхи возникают вне зависимости от психотравмирующей ситуации, спонтанно, обнаруживая склонность к постепенному переходу в бредовую интерпретацию и чувственный бред. Возрастная эволюция бредовых страхов описана в главе 6.

Бредовые страхи наиболее часты в инициальной стадии приступообразно-прогредиентной шизофрении, а также при непрерывной вялотекущей шизофрении. В последнем случае они менее интенсивны.

Значительно реже в виде кратковременных эпизодов бредовые страхи встречаются в начальной стадии экзогенно-органических психозов и при некоторых реактивных психозах (в основном при реактивном параноиде).

В случаях экзогенно-органических (главным образом инфекционных) психозов бредовые страхи имеют преимущественно ипохондрическое содержание и сочетаются с массивным сенестопатическим компонентом. При реактивных психозах бредовые страхи тесно связаны с психотравмирующей ситуацией, психологически понятны, не склонны к генерализации.

Психопатологически недифференцированные страхи возникают время от времени в виде приступов витального, протопатического [Аствацатуров М. И., 1934] страха с переживанием неопределенной угрозы жизни в сочетании с общим двигательным беспокойством, разнообразными вегетативными нарушениями (тахикардия, покраснение лица, потливость и т. п.) и неприятными соматическими ощущениями (сдавление и замирание сердца, прилив крови к лицу, похолодание в животе, стеснение в груди и т. д.).

Осознание причин страха, его какое-либо конкретное содержание, психологически понятная связь с той или иной психотравмирующей ситуацией вначале, как правило, отсутствуют. Больной не может дать словесного отчета о своих переживаниях, ограничиваясь лаконичными высказываниями типа: «Страшно!», «Боюсь!» и т. п.

Недифференцированные страхи могут возникать у детей любого возраста, а также у взрослых. А. М. Свядощ (1982) называет такие страхи у взрослых «некондициональными», т. е. бессодержательными. По нашим наблюдениям, подобные страхи относительно чаще встречаются у детей. Они нозологически наименее специфичны, могут встречаться как при неврозах, разнообразных непроцессуальных (соматогенных, резидуально-органических) неврозоподобных состояниях, так и при шизофрении.

Ночные страхи (pavor nocturnus) — состояния выраженного страха и двигательного возбуждения на фоне суженного сознания (или рудиментарного сумеречного помрачения сознания) — возникают преимущественно у детей дошкольного и младшего школьного возраста [Nissen G., 1980] во время ночного сна и в последующем амнезируются. Нередко ночные страхи сопровождаются снохождением и обманами восприятия. У мальчиков они встречаются вдвое чаще, чем у девочек [Göllnitz G., 1970].

Ребенок при ночном страхе двигательно беспокоен, кричит, плачет. Мимика выражает сильный страх. Отдельные высказывания: «Боюсь, прогони его!» — свидетельствуют об устрашающих сновидениях или галлюцинациях. Часто ребенок зовет мать, но, как правило, не узнает ее и не отвечает на ее расспросы, а иногда и отталкивает ее от себя. Нередко дети садятся в постели, встают, совершая привычные автоматизированные движения (одеваются, раздеваются, умываются и т. п.). Попытки разбудить или успокоить ребенка безуспешны. Подобные состояния длятся 15—20 мин, сменяясь сном. Ночные страхи склонны к повторению.

Психопатология ночных страхов разработана недостаточно. По нашим наблюдениям [Ковалев В. В., 1979], можно выделить ночные страхи сверхценного содержания, связанные с пережитыми психотравмирующими моментами, бредовые страхи, психопатологически недифференцированные страхи и пароксизмальные ночные страхи.

Три первых типа ночных страхов принципиально не отличаются от аналогичных страхов в состоянии бодрствования и наблюдаются при тех же заболеваниях.

Особое место занимают пароксизмальные ночные страхи. Они внезапно возникают и прекращаются, приурочены к определенному времени ночного сна (чаще спустя 2 ч после засыпания), склонны к повторению через правильные промежутки времени. Им свойственны стереотипность проявлений, сочетание с однообразными автоматизированными движениями, действиями и отрывочными бессвязными высказываниями. Возможны устрашающие зрительные галлюцинации (ребенок «видит» «мохнатое чудовище», «человека в черном», «огонь» и т. п.). Характерны застывшее выражение лица, фиксированный взгляд, однообразные движения руками (поглаживание, перебирание постельного белья, стряхивание). Иногда бывают упускание мочи и дефекация. Эти состояния полностью амнезируются.

Пароксизмальные ночные страхи бывают преимущественно при так называемой височной эпилепсии. Однако эпизоды пароксизмальных ночных страхов могут встречаться при резидуально-органических непроцессуальных состояниях.

Синдромы патологического фантазирования

Синдромы патологического фантазирования — разнородная в психопатологическом отношении и отличающаяся разнообразием форм группа состояний, тесно связанных с болезненно измененным творческим воображением (фантазированием) ребенка или подростка. Эта группа синдромов выделена и описана в основном советскими психиатрами и психологами [Симсон Т. П., 1935, 1948; Новлянская К. А., 1935; Кононова М. П., 1935; Сухарева Г. Е., 1955; Мамцева В. Н., 1958, 1964, и др.].

Патологическое фантазирование свойственно преимущественно детям дошкольного и школьного возраста, а также младшим подросткам (13—14 лет).

В отличие от подвижных, быстро меняющихся, тесно связанных с реальностью фантазий здорового ребенка патологические фантазии стойкие, косные, нередко оторваны от реальности, причудливы по содержанию, часто сопровождаются нарушениями поведения и явлениями дезадаптации.

Данные ряда советских психиатров, упоминавшихся выше, и наш собственный клинический опыт свидетельствуют о том, что разным периодам детского и подросткового возраста свойственны различные синдромы патологического фантазирования. Это связано с возрастной эволюцией воображения от его ранних форм, проявляющихся в игровой деятельности, через преимущественно образное воображение к отвлеченным, словесно-логическим формам воображения [Люблинская А. А., 1971].

Наиболее ранней формой патологического фантазирования является описанное впервые Т. П. Симсон (1935) игровое перевоплощение, которое представляет собой рудиментарное проявление деперсонализации. Ребенок на время, иногда надолго (от нескольких дней до недель), перевоплощается в животное (волк, заяц, лошадь, собака), персонаж из сказки, выдуманное фантастическое существо, неодушевленный объект. Поведение ребенка имитирует облик и действия данного объекта.

Мальчик 5 лет, перевоплощаясь в паровоз, мог часами изображать движение паровоза по рельсам, крутил руками, как колесами, двигался по одной линии, наклонив голову и корпус вперед, гудел, делал остановки, чтобы «загрузиться углем и водой». Ребенка было трудно отвлечь от этой «игры», переключить на что-либо другое. Прием пищи, необходимые режимные моменты он выполнял поспешно и механически, тут же возвращаясь к «игре в паровоз». Особая охваченность «игрой» свидетельствовала о лежащих в ее основе механизмах сверхценности.

Другую форму патологической игровой деятельности представляют описанные В. Н. Мамцевой (1958) однообразные стереотипные манипуляции с предметами, не имеющими игрового назначения: бутылками, кастрюлями, гайками, веревочками и т. п. Такие «игры» также сопровождаются охваченностью, трудностью переключения, недовольством и раздражением ребенка при попытках оторвать его от этой деятельности. Очевидно, это обусловлено сверхценностью и участием повышенного влечения.

У детей старшего дошкольного и младшего школьного возраста патологическое фантазирование обычно приобретает форму образного фантазирования [Мамцева В. Н., 1958] или визуализированных представлений, т. е. ярких образных представлений, достигающих выраженности чувственного компонента, свойственного образам восприятия [Леденев Б. А., Шевченко Ю. С., 1982]. Образные фантазии ребенок вызывает произвольно и получает определенное удовольствие в процессе фантазирования. Содержание образных фантазий разнообразно и зависит от возраста ребенка, его интересов, а также характера заболевания или пограничного состояния, при котором они возникают. Дети ярко представляют животных, человечков, детей, с которыми мысленно играют, наделяют их именами или прозвищами, путешествуют вместе с ними, попадая в незнакомые страны, красивые города, на другие планеты. У мальчиков фантазии часто связаны с военной тематикой: представляются сцены сражений, войска, воины в красочных одеждах древних римлян, в доспехах средневековых рыцарей.

Иногда (преимущественно в пубертатном и препубертатном возрасте) фантазии имеют садистическое содержание: представляются стихийные бедствия, пожары, тонущие и горящие люди, сцены насилия, казней, пыток, убийств и т. п. (рис. 3) [Ковалев В. В., 1979].

По наблюдениям Б. А. Леденева и Ю. С. Шевченко (1982) в нашей клинике, визуализированные представле-



Рис. 3, а. Образные фантазии садистического содержания ь

ния при образном фантазировании могут имеı· проекцию, не смешиваясь, однако, с реальными ос т. е. оставаясь в субъективном пространстве. Воз- нию образного фантазирования с визуализирова представлениями способствует сенсорная изоляция на, одиночество, закрывание глаз и др.). Некоторые подростки совершают во время такого фантазирова нообразные движения (взмахи кистями рук, похлопы хождение), видимо, способствующие отвлечению от ı· ронних раздражителей.

У детей старшего возраста и подростков образное тазирование постепенно сменяется преобладающими ɑ· - тазиями отвлеченного, познавательного



Рис. 3, б (продолжение).

держания, хотя образный компонент также присутствует в той или иной степени.

Описание таких познавательных фантазий, тесно связанных со сверхценными увлечениями (составление схем, географических карт, планов, проектов машин будущего, космических кораблей и т. п.), приведено в главе 6.

Как отмечалось в главе 6, патологическое фантазирование у подростков может выступать в форме самооговоров [Мамцева В. Н., 1964] и оговоров, в возникновении которых определенная роль принадлежит повышенным и извращенным (садомазохистическим) влечениям. Чаще это детективно-приключенческие самооговоры мальчиков-подростков, которые рассказывают о мнимом участии в ограблениях, вооруженных нападениях, угонах автомашин, принадлежности к различным бандам или

шпионским организациям. Для доказательства истинности всех этих историй подростки пишут измененным почерком и подкидывают близким и знакомым записки якобы от главарей и членов шайки, в которых содержатся всевозможные требования, угрозы, нецензурная брань.

Самооговоры нередко сочетаются с оговорами других лиц. У девочек-подростков встречаются оговоры в изнасиловании. Как при самооговорах, так и при оговорах подростки временами почти верят в реальность своих фантазий. Это обстоятельство, а также красочность и эмоциональность сообщений о вымышленных событиях часто убеждают окружающих в их правдивости, в связи с чем начинаются расследования, обращения в милицию и т. п.

Возникновению фантазий типа самооговоров и оговоров способствуют дисгармонический пубертатный период, ускоренное половое созревание, сопровождающееся усилением полового влечения, а также истероидные черты личности.

Особая разновидность патологического фантазирования с идеями переоценки собственной личности и бредоподобными идеями величия в сочетании с конфабуляциями — так называемая mania fantastica infantilis, описывается при маниакальных состояниях в пубертатном возрасте [van Krevelen D. A., 1962; de Ajuriaguerra I., 1970, и др.]. К этой группе фантазий можно отнести высказывания типа: «Я запросто поднимаю штангу в 150 кг, меня даже приглашали на международные соревнования по штанге», «Со мной дрались десять взрослых, я их всех разбросал, как щенков», «Я задавал вопросы академикакам, они не смогли ответить». Сюда же частично относятся фантазии высокого происхождения. Эти фантазии нестойкие, подростки легко отказываются от них.

Изложенное свидетельствует о психопатологической неоднородности синдромов патологического фантазирования, в которых участвуют сверхценные феномены, нарушения влечений, визуализированные представления, а иногда (при игровом перевоплощении) — также явления деперсонализации.

Синдромы патологического фантазирования наблюдаются при различных нозологических формах: шизофрении, в маниакальной фазе маниакально-депрессивного психоза у подростков, психогенных заболеваниях, патологических развитиях (формированиях) личности, формирующихся истинных психопатиях и даже органических заболеваниях

головного мозга, в частности хронических энцефалитах [Сухарева Г. Е., 1955].

Патологическое фантазирование при шизофрении (в основном вялотекущей) отличается наиболее выраженной аутистичностью с полным отрывом от реальности, уходом в мир фантазий, отсутствием желания сообщить родителям и другим окружающим о своих переживаниях, которые часто остаются неизвестными родителям вплоть до консультации у психиатра. Кроме того, содержание фантазий не связано с повседневными впечатлениями, они вычурны, фрагментарны, полны неологизмов («шкафинария», остров «Алерос», озеро «Старос», «милинята», и «милиненки», «хряны» и т. п.). Нередко присутствует садистический и садомазохистический компоненты. Отмечается отчетливая тенденция к трансформации образных фантазий в сновидные галлюцинации и псевдогаллюцинации, познавательных фантазий и самооговоров — в бредовые идеи преследования и конфабуляторно-парафренные образования с включением рудиментов психических автоматизмов [Мамцева В. Н., 1958, 1964].

Патологические фантазии (образные и «познавательные») при пограничных состояниях (чаще у детей с шизоидными чертами) психологически более понятны, не полностью оторваны от реальности. Их содержание в большинстве случаев компенсаторное или гиперкомпенсаторное, связано с разнообразными психотравмирующими переживаниями (разлука с матерью, изменение привычных условий при помещении в детское учреждение, осознание моторной недостаточности, отвержение сверстниками, недостаточное внимание окружающих при «жажде признания» и т. п.). В фантазиях дети представляют себя в обществе других детей, выполняющих их требования и желания, среди дружелюбных зверей, борются со злодеями и чудовищами, побеждая их. Такой же компенсаторный и гиперкомпенсаторный характер носят самооговоры и оговоры у подростков с истероидными чертами личности. Патологические фантазии при циклотимических гипоманиакальных и маниакальных состояниях у подростков имеют однозначную психологическую направленность, поскольку связаны с повышенным самочувствием и переоценкой своих возможностей.

Психопатологические особенности патологического фантазирования у детей с органическими церебральными заболеваниями не изучены. Описана лишь возможность игрового перевоплощения [Сухарева Г. Е., 1955].

Синдром уходов и бродяжничества

Данный синдром, весьма разнородный по генезу, но довольно однообразный по внешним проявлениям, выражается в повторяющихся уходах из дома или школы, интерната или другого детского учреждения с последующим бродяжничеством, нередко многодневным. Синдром встречается в возрасте от 7 до 17 лет, но наиболее часто в препубертате [Stutte H., 1960], преимущественно у мальчиков. По данным von Harnack (цит. по H. Stutte, 1960), он встречается у 0,5% школьников 10—11 лет.

Как показывают работы ряда авторов [Лапидес М. И., 1964; Коссова Е. А., 1971; Иванова Ф. И., 1972; Каспарова С. А., 1974; Большаков А. Г., 1981; Stutte H., 1960], формирование данного синдрома психопатологически различно и отчетливо зависит от особенностей личности, ситуационных факторов и нозологической принадлежности синдрома. Особое значение имеют личностные особенности. Так, у детей и подростков с преобладанием астенических, эмоционально-лабильных, сенситивных черт характера первые уходы связаны либо со сверхценными переживаниями обиды, ущемленного самолюбия, представляя собой реакцию пассивного протеста, либо со страхом перед наказанием или тревогой по поводу какого-либо проступка («импунитивные побеги», А. Е. Личко, 1979). При психическом инфантилизме с эмоционально-волевой незрелостью наблюдаются преимущественно уходы из школы и прогулы, обусловленные боязнью трудностей, связанных с учебой. При преобладании аффективно-возбудимых и гипертимных черт характера у подростков уходы связаны с реакциями эмансипации [Личко А. Е., 1979]. У подростков с шизоидными чертами в основе мотивации уходов лежит стремление избежать общения с людьми [Большаков А. Г., 1981]. Первые уходы и побеги у подростков с истероидными чертами связаны с осознаваемым или неосознанным стремлением привлечь к себе внимание, вызвать жалость и сочувствие, добиться удовлетворения желаний («демонстративные побеги», А. Е. Личко, 1979). Перечисленные варианты начальных уходов и побегов можно отнести к группе реактивных.

Другим типом мотивации начальных уходов является «сенсорная жажда», т. е. потребность в новых, постоянно меняющихся впечатлениях, а также сочетающееся с ней стремление к развлечениям [Сухарева Г. Е., 1959; Иванова Ф. И., 1972]. Уходы, связанные с такой мотивацией,

встречаются в основном у детей и подростков с преобладанием эмоционально-волевой неустойчивости. Непосредственным поводом к уходу могут стать впечатление от приключенческого кинофильма, телепередачи или книги, случайно услышанное сообщение о каком-либо происшествии неподалеку (драка, автомобильная авария, пожар и т. п.).

Дети и подростки чаще убегают вдвоем или небольшой группой, могут уезжать далеко, в другие города, в поисках приключений, для розыска кладов и т. п.

Третьим типом являются «безмотивные», т. е. не имеющие содержательной мотивации, уходы. В их основе лежит либо изменение настроения (дисфория или депрессивный сдвиг с неосознанным стремлением уйти от стесняющего режима, из привычной обстановки), либо нарушение влечений с импульсивным («неодолимым)» стремлением к уходу. Импульсивные уходы, связанные с патологией влечений, называют дромоманией, или пориоманией (греч. dromos — бег, poreia — путешествие и mania — безумие).

В формировании синдрома уходов и бродяжничества немалая роль принадлежит неблагоприятным микросоциальным факторам. Так, 84% детей и подростков с этим синдромом в наблюдениях А. Г. Большакова (1981) росли в неблагополучных, в том числе неполных, семьях. Развернутый синдром уходов и бродяжничества характеризуется более или менее стойким стремлением к бродяжничеству, обычно в одиночку. Дети и подростки во время своих блужданий, нередко многодневных, ездят на транспорте, заходят в магазины и другие общественные места, ночуют в подъездах, подвалах, на чердаках, как правило, домой самостоятельно не возвращаются. Их приводят работники милиции, родственники, посторонние лица. Дети подолгу не испытывают усталости, голода и жажды, что свидетельствует о важной роли патологии влечений в генезе синдрома.

Синдром уходов и бродяжничества, как правило, ведет к микросоциально-педагогической запущенности и различным формам асоциального поведения (хулиганские поступки, мелкое воровство, сексуальные действия, алкоголизация), что связано с негативным влиянием окружения, а также отрывом от семьи и школы. Длительное бродяжничество, кроме того, способствует появлению неискренности, лживости, стремлению к примитивным удовольствиям, отрицательному отношению к труду, оппозиции к любой

15 Заказ № 4692

регламентации поведения. Бродяжничество часто становится источником патологического формирования личности по аффективно-возбудимому, неустойчивому и псевдошизоидному типу.

После 14—15 лет проявления синдрома постепенно сглаживаются, причем у одних подростков личность не меняется, у других обнаруживается микросоциально-педагогическая запущенность с делинквентным поведением, а в части случаев, как указывалось выше, происходит психогенное патологическое формирование личности.

Синдром уходов и бродяжничества в основном встречается при пограничных состояниях, включая ситуационные личностные реакции протеста, депрессивный невроз, психогенные патологические формирования личности, формирующиеся истинные психопатии, резидуально-органические неврозо- и психопатоподобные состояния. Синдром нередко наблюдается у детей и подростков с пограничной интеллектуальной недостаточностью и дебильностью [Ковалев В. В., 1979; Большаков А. Г., 1981]. При всех перечисленных формах патологии динамика синдрома может проходить 3 этапа: 1) психогенная реакция ухода (в связи с психотравмирующей ситуацией или «сенсорной жаждой»); 2) этап привычных, фиксированных уходов, в основе которых лежит патологический стереотип поведения и определенное усиление влечений (однако не импульсивных); 3) этап импульсивного непреодолимого стремления к уходам и бродяжничеству (т. е. этап истинной дромомании). Третий этап синдрома наблюдается относительно редко, в основном у подростков с выраженными патологическими чертами личности неустойчивого, аффективно-возбудимого и особенно эпилептоидного типов при формирующихся психопатиях и резидуально-органических психопатоподобных состояниях. В последнем случае уходы и бродяжничество проявляются на фоне психоорганического синдрома с дефектом высших свойств личности, снижением критики и расторможением примитивных влечений. У детей и подростков с интеллектуальной недостаточностью уходы нередко связаны с невозможностью усвоения школьной программы или подражанием другим сверстникам. Синдром ухода и бродяжничества иногда возникает у больных шизофренией. В этом случае он либо связан с аутистической тенденцией к одиночеству, либо обусловлен нарушением влечений. Синдром развивается на эмоционально холодном фоне с отгороженностью, «разлаженным», неадекватным ситуации поведением во время бродяжничества. Не-

редко бывают рудиментарные продуктивные расстройства: страхи, тревога, настороженность, обманы восприятия.

Синдром уходов и бродяжничества необходимо отграничивать от внезапных побегов и блужданий как пароксизмальных проявлений амбулаторных автоматизмов при эпилепсии и эпилептиформных состояниях. В этих случаях ребенок уходит внезапно, при сумеречном помрачении сознания, различных автоматизированных действиях (одевание, раздевание, перебирание пальцами и т. п.). Кроме того, у больных часто имеются судорожные и малые припадки.

В связи с ведущей ролью нарушений влечений и элементарной аффективности в психопатологии синдрома уходов и бродяжничества мы рассматриваем его как выражение аффективного уровня нервно-психического реагирования.

Возникновение бродяжничества в подростковом возрасте, которому свойствен более высокий, эмоционально-идеаторный уровень реагирования, по-видимому, объясняется психической незрелостью таких подростков. В пользу этого говорят данные А. Г. Большакова (1981), согласно которым в 44% из 176 случаев бродяжничества у детей и подростков была ретардация физического созревания, а акселерация отмечена лишь в 5% наблюдений.

Синдром дисморфофобии

Дисморфофобия (греч. dys-morphē — искаженная форма и phobos — страх) — болезненная идея мнимого или необоснованно преувеличенного физического недостатка. Первое описание дисморфофобии как «страха телесной деформации» у молодых людей, а также сам термин принадлежит итальянскому психиатру Е. Morselli (цит. М. В. Коркина, 1968). Развернутый синдром дисморфофобии наряду с идеей физического недостатка включает идеи отношения (окружающие обращают внимание на мнимый недостаток, высмеивают его и т. п.) и сниженный или депрессивный фон настроения [Коркина М. В., 1959, 1965, 1977].

По данным А. Е. Личко (1979), 80% случаев данного синдрома приходится на пубертатный возраст, однако он иногда встречается у взрослых молодых людей [Морозов П. В., 1977] и в старшем детском возрасте. Чаще синдром возникает у подростков-девочек (рис. 4).

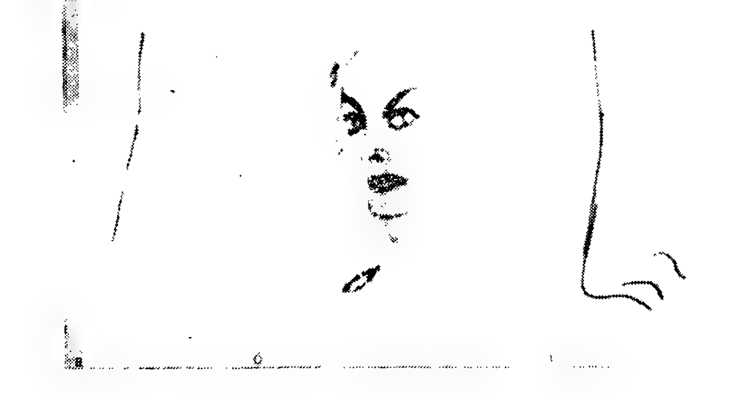


Рис. 4. Зарисовки «правильной» («античной») формы носа девочкой-подростком с синдромом дисморфофобии (а, б, в).

Сами идеи физического недостатка могут выражаться в виде мыслей о дефектах лица (длинный, уродливый, «утиный» нос, большой рот, толстые губы, оттопыренные уши), телосложения (чрезмерная полнота или худоба, толстые ягодицы и бедра, узкие плечи и малый рост у мальчиков), недостаточном половом развитии (маленький, «искривленный» половой член) или, наоборот, чрезмерном развитии вторичных половых признаков (крупные молочные железы у девочек).

Особой разновидностью дисморфофобических переживаний является страх недостаточности тех или иных функций: опасение не удержать кишечные газы в присутствии посторонних, боязнь неприятного запаха изо рта или запаха пота, страх мнимого заикания и т. п.

Идеи физического недостатка психопатологически неоднородны. Чаще они выступают в форме сверхценных или бредовых идей (типа сверхценного паранойяльного бреда), значительно реже бывают навязчивыми [Коркина М. В., 1977]. Бóльшую часть случаев синдрома следует рассматривать не как дисморфофобию, а как д и с м о р ф о м а н и ю [Коркина М. В., 1965]. Вместе с тем между навязчивыми, сверхценными и бредовыми дисморфофобически-дисморфоманическими переживаниями возможны взаимные переходы [Коркина М. В., 1959; Морозов П. В., 1977].

Стойкие дисморфофобические переживания влияют на все поведение подростков, которые начинают избегать людных мест, друзей и знакомых, стараются гулять только

после наступления темноты, меняют одежду и прическу, туго бинтуют молочные железы, чтобы скрыть свой «дефект». Более стеничные подростки пытаются разрабатывать и длительно использовать различные приемы самолечения, специальные физические упражнения, упорно обращаются к косметологам, хирургам и другим специалистам с требованием пластической операции, особого лечения, например, гормонами роста, препаратами, снижающими аппетит, и т. п. Больные часто разглядывают себя в зеркале —«симптом зеркала» (Морзелли — Абели — Дельма, цит. М. В. Коркина, 1965, и А. Е. Личко, 1979), а также отказываются фотографироваться [Коркина М. В., 1959].

Эпизодические, преходящие дисморфофобические переживания, связанные с сверхценным отношением к реальным незначительным физическим недостаткам (невысокий рост, узкие плечи, полные бедра, прыщи на лице, некрасивая форма ног, излишняя волосатость, полнота у подростков-девочек), встречаются в пубертатном возрасте и в норме [Новлянская К. А., 1958]. Однако эти переживания, даже став сверхценными, доступны коррекции, мало отражаются на поведении и социальной адаптации подростков, как правило, не сопровождаются отчетливыми идеями отношения и депрессивным сдвигом настроения, т. е. не могут рассматриваться как завершенный синдром дисморфофобии. А. Е. Личко (1979) называет их «транзиторными реактивными дисморфофобиями».

Выраженный и стойкий синдром дисморфофобии чаще наблюдается у больных вялотекущей шизофренией, а также в инициальной стадии юношеской приступообразной и параноидной шизофрении [Морозов П. В., 1977]. Наблюдаются в основном 4 психопатологических варианта дисморфофобических расстройств: паранойяльный, аффективный (депрессивный), сенестопатически-ипохондрический и параноидный [Немировская С. М., 1977].

Кроме того, синдром описывается при неврозах, патологических развитиях личности, формирующихся психопатиях, циклотимии [Досужков Б., 1962; Новлянская К. А., 1964; Коркина М. В., 1965, и др.].

Преходящие и более стойкие дисморфофобические расстройства, реже особые паранойяльные развития личности с синдромом дисморфофобии возможны у подростков с различными физическими дефектами: кифосколиозом, заячьей губой и волчьей пастью, карликовым ростом и др. (комплекс Терсита, по H. Stutte, 1962), а также при хро-

нических инвалидизирующих заболеваниях. Изредка дисморфофобические нарушения встречаются у больных эпилепсией [Сухарева Г. Е., 1974].

Согласно наблюдениям А. Е. Личко (1979), синдром дисморфофобии — дисморфомании чаще встречается у подростков-мальчиков с задержанным физическим развитием. У девочек синдром нередко сочетается с ускоренным половым созреванием [Лебединская К. С., Немировская С. В., 1973]. Эти данные подтверждают роль механизмов дизонтогенеза в происхождении синдрома дисморфофобии — дисморфомании.

Практически при синдроме дисморфофобии в большинстве случаев необходима дифференциальная диагностика между пограничными состояниями и шизофренией. О принадлежности синдрома к пограничной патологии свидетельствуют монолитность и чаще монотематичность, сверхценность или навязчивость дисморфофобических расстройств без тенденции к переходу в бредовые идеи, относительная психологическая понятность переживаний без вычурности и тем более нелепости, отсутствие продуктивной и негативной сопутствующей симптоматики.

О принадлежности синдрома дисморфофобии к шизофрении говорят преимущественно бредовые дисморфофобические переживания (бред физического недостатка, неприятного для окружающих, по Ю. С. Николаеву, 1945), утрата монолитности и распад структуры дисморфофобии, тенденция дисморфофобических расстройств к генерализации («уродливы не только нос, но и губы, и мозг не такой, и весь я не такой, как все»), появление признаков психического автоматизма («изменения» формы или функции тела и его частей осознаются как зависящие от постороннего влияния, чаще всего от влияния матери), бредовая настроенность, подозрительность, враждебность к окружающим, в частности к близким, уход в себя, недоступность, аутистическое поведение, специфические расстройства мышления, эмоциональное притупление [Новлянская К. А., 1964].

Синдром нервной (психической) анорексии

Синдром нервной анорексии, anorexia nervosa (греч. anorexis — отсутствие аппетита), являющийся особым вариантом синдрома дисморфофобии — дисморфомании, выделен в 1868 г. английским терапевтом У. Галлом (W. Gull) и в 1873 г. независимо от него французским невропатоло-

гом Ш. Лазегом (Ch. Lasègue), который обозначил синдром термином «истерическая анорексия» (по P. Dally, 1969). Психопатологическую основу синдрома составляет сверхценное, реже паранойяльно-бредовое убеждение в чрезмерной полноте и обусловленное им ограничение пищи вплоть до полного отказа от еды.

Синдром встречается в возрасте 11—20 лет, чаще в пубертатном периоде и преимущественно у лиц женского пола. Соотношение больных мужского и женского пола, по данным ряда зарубежных авторов, колеблется от 1 : 9 до 1 : 20 [Коркина М. В., Марилов В. В., 1974]. Несмотря на значительную разницу в возрасте больных, проявления синдрома весьма однотипны, в связи с чем, по мнению K. Tolstrup (1965), «самый младший больной анорексией больше похож на больного той же болезнью в самом старшем возрасте, чем на своего здорового сверстника».

Синдром нервной анорексии в основном объединяет сознательное ограничение пищи в связи с болезненным убеждением в чрезмерной полноте и необходимости похудеть, повышенную двигательную активность (включая длительные, иногда многочасовые, физические упражнения и другую физическую нагрузку, изнурительную ходьбу, стремление подолгу стоять и т. п.), более или менее быстрое похудание, соматические изменения (аменорея, диспепсические расстройства, трофические нарушения, усиление роста пушковых волос по всему телу, кахексия и др.). Принципиально важно длительное сохранение у больных аппетита [Selvini M., 1965, 1971], которое свидетельствует об аноректическом поведении, а не об истинной анорексии. Однако по мере голодания потребность в еде постепенно ослаблевает и возможно снижение и даже исчезновение аппетита [Коркина М. В., 1968].

Свойственное больным с данным синдромом продолжение ограничения приема пищи, несмотря на резкое истощение, позволяет говорить о роли извращенного, мазохистического влечения к самоистязанию голоданием в генезе синдрома. О роли патологии влечений в формировании синдрома нервной анорексии свидетельствует также отсутствие утомления при многочасовой изнурительной деятельности и физических упражнениях больных. Можно считать, что психопатологическую основу синдрома нервной анорексии наряду с механизмом сверхценности составляет преходящее болезненное извращение влечений и инстинкта самосохранения, связанное, по-видимому, с их временным «возвратом» на онтогенетически более ранний, незрелый

уровень. В пользу дизонтогенетического происхождения нервной анорексии говорит также часто наблюдающееся у этих больных нарушение темпа полового созревания (как замедление, так и ускорение) [Ротинян Н. С., 1971; Коркина М. В., Цивилько М. А. и др., 1974].

Динамика синдрома в случаях непроцессуальных заболеваний, согласно наблюдениям М. В. Коркиной с соавт. (1974), складывается из 4 этапов. Первый («инициальный», или «дисморфофобический») этап—появление сверхценных переживаний «излишней полноты», неглубокое снижение настроения, эпизодические нестойкие идеи отношения. Ограничение приема пищи нестойкое. Этот этап длится 2—3 года. Второй («дисморфоманический») этап отличается упорным ограничением приема пищи, временами полным отказом от нее. Появляется сверхценное стремление к усиленной физической активности.

Нередко больные вызывают рвоту после еды, принимают слабительные для того, чтобы уменьшить усвоение пищи. Как и на первом этапе, аппетит не снижен, в связи с чем больные иногда нарушают «режим голодания», переедают до рвоты, после чего еще больше ограничивают прием пищи. Часто возникают гиперкомпенсаторные формы поведения в виде повышенного интереса к кулинарии, закармливания младших братьев и сестер. Пониженное настроение и идеи отношения исчезают, а похудание, «стройность» фигуры иногда становятся источником несколько приподнятого настроения. Часто появляются повышенная раздражительность, склонность к истерическим реакциям. Возникают и нарастают перечисленные выше соматоэндокринные расстройства.

Третий («кахектический») этап наступает спустя $1^1/_2$—2 года после начала активного ограничения в еде. Больные выглядят резко истощенными, с осунувшимися, землистого цвета лицами, выступающими ребрами и другими костями, без подкожного жирового слоя, с сухой, шелушащейся кожей. Меняется осанка — больные «сидят крючком». Появляются трофические язвы, пролежни, «заеды» в углах рта. При обследовании внутренних органов находят дистрофию миокарда, брадикардию, артериальную гипотонию, разнообразные желудочно-кишечные расстройства (гастроптоз, запоры, анацидный гастрит, энтероколиты), снижение сахара в крови, белок в моче, анемию. В психическом статусе преобладает астено-адинамия. Наряду с этим сохраняется аноректическое поведение и стремление к дальнейшему похуданию. На этом этапе возможен летальный

исход в связи с интеркуррентными заболеваниями (пневмония, сепсис, обострение туберкулеза, отек легких и т. д.).

Четвертый этап, терапевтически обусловленный, М. В. Коркина с соавт. (1974) называют «этапом редукции нервной анорексии». Его продолжительность в среднем 1—2 года. Нарастание массы тела и нормализация соматического состояния на этом этапе сопровождаются возобновлением дисморфофобических переживаний и попытками вновь ограничивать прием пищи, однако полного отказа от еды обычно не бывает.

В случаях возникновения синдрома при шизофрении описанная этапность менее очерчена, первый и четвертый этапы часто отсутствуют, а убеждение в чрезмерной полноте и необходимости ограничения пищи может с самого начала быть паранойяльным бредом.

Синдром нервной анорексии наблюдается при психогенных заболеваниях (неврозах, реактивных состояниях, патологических развитиях личности), шизофрении (малопрогредиентной или в начальных стадиях других форм). Некоторые авторы выделяют нервную анорексию как самостоятельную клинико-нозологическую форму, которая не относится ни к психогенным, ни к эндогенным заболеваниям [Кючуков М. и др., 1974; Decourt J., 1964; Ishikawa K., 1965, и др.]. По мнению А. Е. Личко (1979), нервная анорексия наряду с дисморфоманией относится к особой группе эндореактивных заболеваний пубертатного периода.

Имеются указания на возможность данного синдрома при депрессивной фазе циркулярного психоза у подростков [Strunk P., 1980]. Описаны казуистические случаи нервной анорексии при опухоли мозга [Anastasopoulos G., Kokkini O., 1963], эпилепсии [Lindberg O., Walinder J., 1967], последствиях черепно-мозговой травмы [Азеркович Н. Н., 1963].

Синдром нервной анорексии следует прежде всего отграничивать от первичной (истинной) анорексии при пограничных состояниях, цереброэндокринных и эндокринных расстройствах (например, болезни Симмондса). Основным критерием отграничения от анорексии при перечисленных формах патологии является отсутствие истинного нарушения аппетита (по крайней мере на первом и втором этапах).

Наиболее сложно отграничение синдрома нервной анорексии при непроцессуальных (пограничных) заболеваниях и шизофрении. Для непроцессуальной нервной анорексии

(при пограничных состояниях) характерны: 1) монолитность синдрома без сенестопатий, рудиментов деперсонализации, элементов бредового толкования; 2) отношение к стремлению похудеть как к сугубо личному, как к наиболее интимной части своего «я», с чем связан затрудненный контакт с больным во всем, что касается его пищевого поведения [Азеркович Н. Н., 1963]; 3) определенная гиперактивность больных; 4) полная доступность больных во всем, что не касается анорексической сверхценной идеи. Синдром затяжной, нередко сохраняется на протяжении многих лет после завершения пубертатного возраста.

При синдроме нервной анорексии в рамках шизофрении анорексические идеи и представления относительно открыты, не являются чем-то сокровенным [Азеркович Н. Н., 1963]. Больные сообщают, что мало едят потому, что не хотят «быть толстыми». В психиатрическом стационаре они довольно быстро начинают есть без принуждения. Часто отмечаются более или менее отчетливые дисморфофобические компоненты («живот и бедра безобразные, раздуты, как у лягушки», «живот как подушка» и т. п.), сенестопатии и явления соматопсихической деперсонализации («руки налиты жиром», «пища все тело заполнила, подступает к горлу»). Нередко встречается вычурность пищевого поведения, доходящая до нелепости [Ротинян Н. С., 1971]: больные составляют сложные схемы калорийности и усвояемости съедаемой пищи, взвешивают рвотные массы.

Кроме того, дифференциально-диагностическое значение имеют аутистическое поведение, недоброжелательное, настороженное отношение к сверстникам и учителям, снижение активности и продуктивности в учебе. Дополнительную роль играют особенности динамики нервной анорексии. О шизофрении говорит тенденция к трансформации синдрома с появлением психопатоподобного поведения, особенно с гебоидными компонентами, склонность к усилению бредовой настроенности, подозрительности, идей отношения, а также появление специфических расстройств мышления в виде наплывов, перерывов мыслей, паралогизмов.

Синдромы сверхценных интересов и увлечений

Эти синдромы встречаются преимущественно в подростковом и юношеском возрасте; сверхценные интересы и увлечения односторонние, нередко абстрактные, оторванные от реальности.

В зависимости от преобладающей сверхценной деятельности можно выделить 2 основные группы таких синдромов.

В первой группе преобладает сверхценная идеаторная деятельность познавательной направленности: подростки усиленно размышляют о «смысле жизни и предназначении человека», о «сознательных существах и внеземных цивилизациях во Вселенной», о «мировом сознании», пишут трактаты о «вневременной морали», занимаются «разработкой дополнений к теории относительности Эйнштейна», созданием «общей концепции воспитания» или вечного двигателя и т. п. Подобным сверхценным интересам уделяется большая часть времени, часто в ущерб учебе и досугу. Подростки забывают про еду, нередко мало спят, часами роясь в различных энциклопедиях, справочниках, специальной или научно-популярной литературе, исписывая толстые тетради многочисленными цитатами, делая различные сложные выкладки и расчеты. В большинстве случаев они не ощущают утомления, напротив, испытывают большое внутреннее удовлетворение. Все это говорит о важной роли болезненно повышенных влечений в происхождении сверхценных интересов и увлечений.

Интеллектуальная деятельность в одних случаях имеет вид бесплодного «болезненного мудрствования» [Сухарева Г. Е., 1959], а в других может быть достаточно продуктивной, способствуя обогащению личности [Дубницкий Л. Б., 1977].

Среди подростков с синдромами первой группы одна часть отличается тем, что сверхценная деятельность у них в основном не выходит за пределы интеллектуальной сферы. Им свойствен уход в мир внутренних переживаний, они могут часами в одиночестве предаваться размышлениям на занимающие их темы, исписывают кипы бумаги различными заметками, но не проявляют активного стремления к реализации своих мыслей и «проектов», скупо делятся с окружающими своими идеями, не пытаются их отстаивать.

В отличие от таких подростков, которые условно могут быть названы «пассивными» (первая подгруппа), в другой, «активной» подгруппе сверхценные интеллектуальные интересы и увлечения сопровождаются более или менее выраженным стремлением сообщить их окружающим, убедить в правильности своих мыслей, доказать свою правоту, осуществить свои намерения. В различные инстанции, например в научно-иследовательские институты, министер-

ства и ведомства, подростки посылают «проекты» и «планы реформ».

При обоих (пассивном и активном) вариантах сверхценных интеллектуальных интересов и увлечений в высказываниях и письменном творчестве подростков отдельные положения, почерпнутые из учебников, научной и научно-популярной литературы, переплетаются с собственными наивными выводами. Характерен контраст между сложностью увлекающих подростка проблем, с одной стороны, и детской ограниченностью запаса сведений, наивной упрощенностью подходов к их решению и практических «рекомендаций»— с другой.

Описанные односторонние сверхценные интеллектуальные интересы традиционно обозначаются в психиатрической литературе не совсем удачным термином «метафизическая (или философическая) интоксикация», который был предложен в 1924 г. немецким психиатром Th. Ziehen. Однако первое клиническое описание данного синдрома без специального наименования было дано старейшим русским психиатром П. Бутковским еще в 1834 г. Сам термин «философическая интоксикация» приписывается английскому философу Давиду Юму.

Вторую группу синдромов сверхценных интересов и увлечений составляют те формы, при которых ведущее положение в структуре синдрома принадлежит аффективно заряженному стремлению к конкретной деятельности, опирающемуся на болезненно усиленное влечение («патологические хобби», по А. Е. Личко, 1979). Интеллектуальный, идеаторный компонент представлен слабо и недостаточно разработан. Сверхценные интересы и увлечения такого типа изучены мало и описываются в единичных работах [Наджаров Р. А., 1964; Дубницкий Л. Б., 1977; Личко А. Е., 1979]. Мы обозначаем их термином «синдромы сверхценных интересов и увлечений в форме конкретной деятельности».

К этой группе можно отнести усиленные занятия мало распространенными и практически не используемыми в повседневной жизни иностранными языками, чрезмерное увлечение каким-либо видом физических упражнений для достижения определенного физического совершенства (например, один из наблюдавшихся нами подростков ежедневно подолгу держал гирю массой 2 кг поочередно в каждой руке для «укрепления связочного аппарата рук»). Сюда же относятся так называемое запойное чтение, описанное М. Ш. Вроно (1971), упорный отказ от мясной пищи

в связи с тем, что «только вегетарианская диета дает ясность ума и физическую выносливость», некоторые необычные виды коллекционирования (например, коллекционирование косточек различных плодов, испражнений разных животных, гвоздей разной формы и размеров и т. п.), составление каталогов (названий улиц, маршрутов разных видов транспорта, терминов из определенных областей знания или искусства) и др.

Данную группу расстройств правильнее называть односторонними, сверхценными увлечениями, а не сверхценными интересами. В этих случаях вполне приложим также термин Р. А. Наджарова (1969) «странные увлечения».

Приведенные примеры сверхценных интересов и увлечений, особенно более или менее конкретных как по содержанию, так и по отношению к ним подростков, весьма близки к сверхценному патологическому фантазированию и некоторым видам сверхценной игровой деятельности в детском возрасте.

Несмотря на сравнительно долгую историю изучения описываемых расстройств, их психопатология, типология и динамика разработаны сравнительно мало и преимущественно в рамках шизофрении пубертатного возраста [Наджаров Р. А., 1964; Местиашвили М. Г., 1968; Цуцульковская М. Я., 1968; Пантелеева Г. П., 1973; Дубницкий Л. Б., 1977]. По мнению Р. А. Наджарова (1964), основными компонентами синдрома «метафизической интоксикации» при шизофрении являются резонерство, сверхценность и патология влечений, что было в дальнейшем подтверждено в работе Л. Б. Дубницкого (1977).

Синдромы односторонних сверхценных интересов и увлечений (включая синдром метафизической интоксикации) описываются в основном при шизофрении пубертатного возраста, в частности при относительно благоприятных вариантах «ядерной» шизофрении [Наджаров Р. А., 1964], вялотекущей и юношеской шубообразной [Дубницкий Л. Б., 1977], а также в инициальном периоде параноидной формы [Морозов В. М., 1964]. Значительно реже они упоминаются в литературе как проявление декомпенсации психопатических личностей шизоидного круга [Сухарева Г. Е., 1959; Дубницкий Л. Б., 1977; Kretschmer E., 1953]. В случаях шизофрении сверхценные интересы и увлечения вызывают особую одержимость [Личко А. Е., 1979], они более аутистичны, вычурны, «заумны», им свойственны формалистический схематизм с резонерством, неологизмами. Например, больной 16 лет занимался разработкой нового раз-

дела науки —«секториальной логики и антилогики»; больной, наблюдавшийся Л. Б. Дубницким (1977), разрабатывал философскую систему «элементы человеческой реальности», включающую «квазиконтраантиконтранеэротику». Как правило, сверхценные интересы и увлечения непродуктивны. Основному синдрому нередко сопутствуют рудиментарные продуктивные симптомы (фазные аффективные расстройства, гипнагогические галлюцинации, навязчивости, страхи, явления деперсонализации), а также негативные проявления в виде эмоционального притупления, грубости и жестокости по отношению к родителям, отдельных расстройств мышления, снижения продуктивности в учебе и т. д.

При возникновении описываемых расстройств в рамках пограничных состояний, в частности при формирующихся психопатиях, сверхценные интересы и увлечения психологически более понятны в плане особенностей личности, часто бывают гиперкомпенсаторными образованиями [Ковалев В. В., 1975], содержат определенные элементы творчества, могут иметь некоторые продуктивные результаты и в большинстве случаев не сопровождаются выраженной социальной дезадаптацией.

Часть третья

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ И МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Глава 11

ПРИНЦИПЫ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Диагностика психических заболеваний у детей и подростков, с одной стороны, подчиняется общим принципам клинической диагностики, а с другой — имеет ряд особенностей, связанных как со спецификой психиатрии, так и с влиянием возрастного фактора.

В соответствии с общими принципами диагностики [Василенко В. Х., Алексеев Г. И. и др., 1977] психиатрическая диагностика складывается из: 1) выявления, анализа и систематизации отдельных психопатологических и соматоневрологических симптомов (этап симптоматологической диагностики); 2) распознавания психопатологических синдромов с установлением ведущего синдрома (этап синдромологической диагностики); 3) формулировки диагностических гипотез (этап вероятностной диагностики); 4) проведения дифференциальной диагностики; 5) формулировки нозологического диагноза (т. е. диагноза болезни); 6) установления клинической формы и типа течения заболевания.

Клинический диагноз дополняется функциональным диагнозом, который характеризует компенсаторные возможности и способность данного больного к социальной адаптации.

Сложность выявления психопатологических симптомов особенно возрастает при стертых, пограничных формах психических расстройств (невротические и неврозоподобные расстройства, психопатические и психопатоподобные состояния, субпсихотические аффективные, перцепторные и идеаторные нарушения и некоторые другие), что связано с определенной условностью разграничения нормы и патологии в психиатрии вообще и в пограничной психиатрии в частности [Ганнушкин П. Б., 1964; Зеневич Г. В., 1979; Роговин М., 1979; Семичов С. Б., 1979]. Трудность иден-

тификации психических расстройств у детей увеличивается влиянием возрастного фактора, поскольку незрелость самосознания и психики в целом, несформированность личности ребенка обусловливают незавершенность, рудиментарность многих психических нарушений не только пограничного, но и психотического уровня (например, преобладание галлюциноидов над истинными галлюцинациями, рудиментов бреда — бредовой настроенности, бредовых страхов, сверхценных бредоподобных фантазий у детей до 10—11 лет; подробно см. в первой части). В связи с этим особо важное значение приобретают позитивные признаки отграничения рудиментарных психопатологических нарушений от внешне сходных с ними проявлений психологического реагирования. Так, например, патологические страхи отличаются от столь частых у детей младшего возраста психологических страхов беспричинностью, особым сверхценным отношением к объектам и явлениям, вызвавшим их, стойкостью и неотступностью, склонностью к генерализации, сопутствующими соматовегетативными нарушениями. Патологические фантазии в отличие от психологических оторваны от реальности, причудливы, относительно стойки, ребенок «охвачен» процессом фантазирования. Признаки отграничения от сходных непатологических форм поведения описывались выше (см. вторую часть) и в отношении ряда других преимущественных симптомов у детей и подростков: гиперактивности, уходов, дисморфофобических расстройств, сверхценных интересов и увлечений и др.

Важной задачей этапа симптоматологической диагностики является систематизация выявленных психопатологических нарушений с отнесением их, с одной стороны, к числу негативных или позитивных (продуктивных) симптомов в классическом понимании (согласно Джексону), а с другой — к негативно- и продуктивно-дизонтогенетическим в нашем понимании [Ковалев В. В., 1979] (см. главу 1).

Обнаружение негативных симптомов более важно для дифференциальной диагностики и установления нозологического диагноза. Так, обнаружение отчетливых расстройств памяти весьма специфично для различных экзогенно-органических заболеваний, а выраженной диссоциации и расщепления мышления — для шизофрении. Однако эти негативные симптомы не являются абсолютно патогномоничными для названных заболеваний, поскольку те или иные преходящие нарушения памяти возможны при психогенных заболеваниях, а диссоциация мышления наблю-

дается при шизоформных состояниях разного происхождения. По-видимому, абсолютно патогномоничных психопатологических симптомов, в том числе и негативных, не существует, что, вероятно, представляет собой особенность семиотики психических заболеваний.

Вместе с тем позитивные симптомы ввиду их меньшей нозологической специфичности значительно менее информативны для диагностики.

В диагностическом плане особенно важна зависимость нозологической типичности того или иного психопатологического состояния и синдрома от определенного сочетания позитивных и негативных симптомов. Так, бредовая и галлюцинаторно-бредовая симптоматика в сочетании с такими негативными проявлениями, как выраженное снижение психической активности («редукция энергетического потенциала»), притупление и извращение эмоций, весьма типична для шизофрении, а те же позитивные симптомы в сочетании с дисмнестическими расстройствами, инертностью и персеверативностью мышления относительно типичны для экзогенно-органических психозов.

Диагностическое значение психопатологических симптомов зависит также от остроты, темпа развития и этапа динамики психического заболевания [Сухарева Г. Е., 1955, 1974]. Так, например, кататонические симптомы при остро развивающихся психотических состояниях диагностически малоспецифичны. Они могут возникать как при приступах шизофрении, так и при острых экзогенных психозах, а иногда и при реактивных психозах (реактивный ступор). В то же время кататонические симптомы в структуре затяжных психотических состояний, особенно без помрачения сознания, относительно специфичны для шизофрении.

Диагностически малоспецифичны пароксизмальные расстройства, возникающие в остром периоде экзогенного поражения мозга — при острой черепно-мозговой травме, инфекции, интоксикации. Повторяющиеся пароксизмальные судорожные и бессудорожные расстройства в подостром, а тем более в отдаленном периоде экзогенно-органических поражений головного мозга более или менее специфичны для эпилептиформных синдромов и эпилепсии. Диагностическая роль и диапазон негативных и позитивных симптомов зависят также от возраста больного [Снежневский А. В., 1969]. Негативные симптомы (в классическом смысле), например интеллектуальное снижение, расстройства памяти, деформация свойств личности в процессе становления, трудны для идентификации в раннем и дошколь-

ном возрасте и обычно входят в структуру негативно-дизонтогенетических синдромов.

Определенное дифференциально-диагностическое значение имеет соотношение негативных и позитивных симптомов, с одной стороны, и негативно- и продуктивно-дизонтогенетических — с другой. Как показывают наши исследования [Ковалев В. В., 1982], при преобладании в этом сочетании негативных и продуктивных симптомов в классическом смысле возрастает вероятность процессуального психического заболевания (прежде всего шизофрении), а преобладание негативно- и продуктивно-дизонтогенетических симптомов более свойственно дизонтогенетическим заболеваниям. Это различные пограничные психические заболевания (неврозы, психопатии, непсихотические патологические развития личности, резидуально-органические неврозоподобные и психопатоподобные состояния в связи с отдаленными последствиями внутриутробных и перинатальных органических поражений головного мозга), а также группа непроцессуальных дизонтогенетических состояний раннего и младшего возраста (невропатическое состояние, непроцессуальные синдромы раннего детского аутизма и др.).

Изложенная в главе 1 возрастная этапность нервно-психического реагирования при патологии определяет диагностическую значимость отдельных групп психопатологических симптомов в разные периоды детского и подросткового возраста. Так, на этапе преимущественно сомато-вегетативного уровня реагирования (первые 2—3 года жизни ребенка) диагностически значимы в основном расстройства вегетативных функций (нарушения смены сна и бодрствования, аппетита и функций пищеварения, повышенная вегетативная и моторная возбудимость), тесно связанные с ними нарушения инстинктивных проявлений (понижение или повышение влечений, страх новизны, боязнь контактов с окружающими) и обусловленные ими патологические формы поведения. Преобладание расстройств вегетативных функций характерно для конституциональных (истинных), резидуально-органических и смешанных невропатических состояний раннего детского возраста. Преобладание различных форм нарушений и извращения инстинктивных проявлений и влечений более свойственно синдромам раннего детского аутизма разного генеза и шизофрении раннего детского возраста.

На этапе преимущественно психомоторного уровня реагирования основное диагностическое значение приобрета-

ют разнообразные расстройства психомоторики и экспрессивной речи. При этом регрессивные двигательные и речевые нарушения, а также тики, двигательная расторможенность преобладают при непроцессуальных резидуально-органических состояниях и психогенных заболеваниях, рудиментарные кататонические (кататоноподобные) расстройства — при шизофрении, и в меньшей степени — при экзогенно-органических (травматических, инфекционных) заболеваниях головного мозга.

При аффективном возрастном уровне преимущественного реагирования наряду с перечисленными симптомами диагностическое значение приобретают различные психопатологически дифференцированные симптомы аффективных расстройств. Среди них сверхценные страхи и дистимия более свойственны психогенным заболеваниям (реактивным состояниям и неврозам), бредовые и навязчивые страхи, депрессия чаще наблюдаются при эндогенных заболеваниях, недифференцированные страхи, дисфория, повышенная аффективная возбудимость преобладают при резидуально-органических психических нарушениях.

Бредовые идеи и идеаторные навязчивости приобретают диагностическое значение только в препубертатном возрасте (10—12 лет). В этом возрасте они более характерны для шизофрении, хотя в дальнейшем становятся диагностически менее специфичными и могут встречаться у подростков как при шизофрении, так и при психогенных заболеваниях (реактивные психозы, невроз навязчивости). Бредовые идеи возможны также при экзогенно-органических и периодических психозах у подростков.

При свойственном подросткам эмоционально-идеаторном уровне реагирования основное диагностическое значение наряду с аффективными расстройствами получают сверхценные, сверхценно-бредовые (паранойяльные) и идеаторно-навязчивые расстройства. Сверхценные непаранойяльные расстройства (ипохондрические, дисморфофобические, анорексические, патологические интересы и увлечения) наблюдаются преимущественно при пограничных состояниях (психопатии, патологические формирования личности, реактивные состояния, неврозы).

Паранойяльные формы сверхценных переживаний (с выраженным интерпретативным компонентом и особой охваченностью), а также паранойяльные бредовые идеи различного содержания свойственны в основном шизофрении.

Идеаторно-навязчивые расстройства (навязчивые отвлеченные идеи, навязчивые сомнения, контрастные мысли и

представления) в подростковом возрасте могут наблюдаться как в случаях шизофрении, так и при пограничных состояниях (невроз навязчивости, формирующаяся психастеническая психопатия, обсессивно-фобический вариант патологического развития личности).

Если этап симптоматологической диагностики носит в основном аналитический характер, то этап синдромологической диагностики является преимущественно аналитико-синтетическим.

Основными задачами этого этапа следует считать психопатологическую квалификацию синдромов, выделение ведущего или ведущих психопатологических синдромов, определение их нозологической специфичности, тяжести, т. е. «уровня поражения психической деятельности» [Сухарева Г. Е., 1974] и, наконец, последовательности смены синдромов («стереотип развития болезни», по А. В. Снежневскому, 1969).

У детей, особенно младшего возраста, выделить очерченные психопатологические синдромы часто не удается ввиду незрелости психики. Нередко можно говорить лишь о рудиментах тех или иных синдромов, например параноидного (бредовая настроенность, немотивированные страхи, ощущение присутствия постороннего, патологические фантазии, негативное отношение к близким), кататонического (отдельные стереотипные движения и действия, кратковременные частичные застывания) и др. В этих случаях этап синдромологической диагностики редуцирован или полностью выпадает.

Однако в школьном возрасте и у подростков психопатологические синдромы могут быть очерченными и поддаваться соответствующей квалификации. У детей чаще бывают простые синдромы, а у подростков нередки сложные: депрессивно-параноидный, онейроидно-кататонический, маниакально-бредовой, галлюцинаторно-параноидный и др.

Весьма важным моментом является выделение ведущего или ведущих психопатологических синдромов. Ведущим синдромом можно считать наиболее стойкий на всем протяжении заболевания («сквозной» синдром) и в той или иной степени влияющий на все остальные синдромы и симптомы (либо подавляет их, либо трансформирует их симптоматику в определенном направлении). Например, ведущий депрессивный синдром не только обнаруживается на разных этапах заболевания, начиная с его инициальной стадии, но и влияет на содержание сверхценных и бредо-

вых идей, придавая им депрессивную окраску, снижая волевую и двигательную активность больного.

Сложнее всего установить нозологическую специфичность ведущего синдрома. При решении этой задачи целесообразно использовать концепцию А. В. Снежневского (1960, 1983) о соотношении общепатологических позитивных и негативных синдромов и нозологических форм. Так, для маниакально-депрессивного психоза характерен узкий круг позитивных (аффективные и астенический) и негативных синдромов (психическая истощаемость, субъективно осознаваемая измененность «я»). Шизофрения отличается широким кругом позитивных (астенический, аффективные, невротические, паранойяльные, вербальный галлюциноз, галлюцинаторно-параноидные, парафренные, кататонические синдромы) и негативных синдромов (психическая истощаемость, субъективно осознаваемая измененность «я», объективно определяемая измененность личности, дисгармония личности, снижение энергетического потенциала, снижение уровня личности, регресс личности). Круг синдромов максимальный при экзогенно-органических психозах.

Данная концепция помогает адекватно подойти к формулировке нозологических гипотез заболевания. Например, при расстройствах, далеко выходящих за пределы синдромов маниакально-депрессивного психоза (параноидные и галлюцинаторные расстройства наряду с аффективными и невротическими синдромами), следует думать о возможности либо шизофрении, либо органического психоза.

Нозологическая специфичность синдромов неоднозначна. Выраженную нозологическую специфичность имеют корсаковский амнестический синдром, характерный для органических заболеваний головного мозга, синдромы Ганзера и псевдодеменции, свойственные истерическим психозам, и некоторые другие. Наряду с этим существуют синдромы малой нозологической специфичности — прежде всего астенический синдром.

Нозологическая специфичность сложных (больших) синдромов зависит от сочетания облигатных (т. е. обязательных для данного синдрома) и факультативных (необязательных, сопутствующих) симптомов. Например, галлюцинаторно-параноидный синдром, сочетающийся с аутизмом, диссоциацией психических процессов, психическими автоматизмами, характерен для шизофрении. Тот же синдром в сочетании с эпизодами помрачения сознания экзогенного типа (оглушение, делирий), дисмнестическими и

церебрастеническими расстройствами весьма типичен для органических психозов.

На нозологическую специфичность синдромов влияют также возраст, «патологически измененная почва» (резидуально-органическая церебральная недостаточность, соматическая ослабленность, патологические черты личности), а также систематическая активная терапия (например, редукция галлюцинаторно-бредовой симптоматики при одновременном углублении депрессии под влиянием терапии некоторыми нейролептиками). Особенно существенно влияние возрастного фактора, под действием которого психопатологические синдромы, общие для детей и взрослых, могут полностью замещаться дизонтогенетическими (негативными и продуктивными), синдромами. Чаще это бывает в переходных возрастных периодах, особенно в пубертатном возрасте. Возрастной изоморфизм синдромов невропатии, раннего детского аутизма, дисморфофобии — дисморфомании, сверхценных увлечений и интересов делает их нозологически малоспецифичными. В связи с этим для отыскания хотя бы стертых нозологически специфичных признаков необходимо ориентироваться на факультативные, сопутствующие психопатологические синдромы или, чаще, отдельные симптомы. Например, сочетание синдрома дисморфофобии с явлениями психического автоматизма, чертами аутистического поведения, нарушениями мышления дает основание предполагать принадлежность синдрома к шизофрении.

Определенное значение как для нозологической диагностики, так и для оценки уровня поражения психической деятельности, зависящего от патогенеза и темпа течения заболевания, имеет установление тяжести психопатологических синдромов в соответствии с определенными шкалами (см. главу 1). Первые из перечисленных в этих шкалах группы синдромов соответствуют неглубоким уровням поражения психической деятельности, которые возможны как при шизофрении, так и при пограничных состояниях, например неврозах. Синдромы, соответствующие глубоким уровням поражения, не свойственны неврозам, маниакально-депрессивному психозу, но могут наблюдаться при шизофрении и органических психозах.

Весьма важна в плане нозологической диагностики закономерность смены синдромов. Так, нарастание тяжести синдромов, смена аффективных и неврозоподобных синдромов более тяжелыми бредовыми, галлюцинаторными, кататоническими свидетельствуют о прогредиентности забо-

левания, возможной при шизофрении либо при прогрессирующих органических заболеваниях. Наоборот, переход от более тяжелых к менее тяжелым синдромам говорит о регредиентном течении заболевания, свойственном психогенным и многим экзогенно-органическим психическим заболеваниям.

Формулировка диагностических гипотез (вероятностная диагностика) непосредственно основана на нозологической специфичности выявленных синдромов, прежде всего ведущих. Отнесение ведущих синдромов к кругу эндогенных, экзогенно-органических или психогенных создает основную предпосылку для формулировки определенных диагностических гипотез. Диагностические гипотезы строят методом аналогии, т. е. по совпадению ряда проявлений в данном наблюдении с абстрактной моделью того или иного психического заболевания. При этом применяется принцип «экономии гипотез», т. е. формулирование минимального числа диагностических гипотез.

Одним из существенных условий построения диагностических гипотез является выяснение возможной роли вредностей в анамнезе для формирования ведущих психопатологических синдромов и сопутствующих психических расстройств. Кроме клинико-психопатологических данных, для этого используют результаты соматоневрологического и параклинических методов исследования.

Построение диагностических гипотез только на основе корреляции выявленных основных психопатологических синдромов с анамнестическими вредностями без учета нозологической специфичности и предпочтительности синдромов и причинно-следственных отношений между психопатологическими проявлениями заболевания и основными патогенными факторами может легко привести в диагностике к логической ошибке типа «post hoc, ergo propter hoc» (т. е. «после этого, следовательно, по причине этого»). Для обоснования диагностической гипотезы важно установить причинно-следственную патогенетическую зависимость между основными психическими нарушениями (прежде всего ведущим синдромом) и патогенными факторами в анамнезе. Нередко эти факторы не являются основной причиной психического заболевания, а лишь формируют «патологически измененную почву». Она предрасполагает к возникновению заболевания, а также обусловливает определенные особенности (атипичность) его клинической картины (предиспонирующий фактор). Например, родовая травма черепа и асфиксия при рождении могут стать

причиной резидуальной церебрально-органической недостаточности и психоорганического синдрома. Однако возникновение на этой основе в пубертатном возрасте депрессивно-бредового синдрома с явлениями деперсонализации, диссоциацией психических процессов, аутизмом без выраженной декомпенсации и усиления резидуально-органических церебральных расстройств, дополнительных экзогенно-органических воздействий не может быть поставлено в причинно-следственную зависимость от резидуально-органического поражения головного мозга. Против этого говорят, с одной стороны, предпочтительность описанного сложного синдрома для эндогенных (шизофренических) расстройств, а с другой — возникновение психотического состояния без нарастания психоорганической симптоматики и декомпенсации резидуально-органической патологии. Это доказывается и отсутствием динамических изменений в неврологическом статусе, появления или усиления внутричерепной гипертензии (по данным исследования глазного дна, рентгенограммы черепа, РЭГ и др.).

Можно считать, что в приведенном примере резидуально-органическому поражению мозга, обусловленному перинатальной патологией, принадлежит роль не причинного фактора, а фактора внутренних условий («патологически измененной почвы», по С. Г. Жислину, 1956). Вместе с тем резидуально-органическое поражение головного мозга как фактор патологически измененной почвы может определенным образом влиять на симптоматику описанного синдрома, придавая ей своеобразие, не свойственное типичным случаям эндогенных синдромов. Например, к описанной клинической картине могут присоединяться церебрастенические компоненты, повышенная аффективная возбудимость с оттенком дисфории, вазовегетативные нарушения.

Эти особенности можно считать выражением патопластического влияния органически измененной почвы.

Та или иная вредность в анамнезе часто играет лишь провоцирующую (т. е. пусковую) или преципитирующую роль (т. е. ускоряет развитие латентного или стертого заболевания). Так, психическая травма, инфекционное заболевание нередко провоцируют манифестацию эндогенного заболевания (шизофрении, маниакально-депрессивного психоза). Психотравмирующие ситуации, общие заболевания заостряют у подростков стертые психические нарушения, которые начались еще в детском возрасте [Личко А. Е., 1979].

Следовательно, одной из важных задач этапа «вероятностной диагностики» является дифференцировка различных патогенных факторов с отграничением предполагаемых причинных факторов от различных предиспонирующих, пусковых и преципитирующих факторов внешних и внутренних условий.

При предположительно соматогенном и экзогенно-органическом происхождении заболевания важная роль в уточнении этиологии и патогенетических механизмов принадлежит различным лабораторным исследованиям (биохимические, иммунологические, серологические, бактериологические и др.).

Итогом этапа вероятностной диагностики является формулировка одной, двух или нескольких диагностических гипотез. Чаще формируется две или несколько гипотез, имеющих разные степени вероятности.

Например, затяжное (около полугода) психическое заболевание с ведущим депрессивно-ипохондрическим синдромом в сочетании с эпизодами безотчетной тревоги, боязливо-недоброжелательным отношением к сверстникам, дисморфофобическими переживаниями («узкая грудная клетка», «малый рост»), сенестопатиями развилось подостро у мальчика 14 лет с тревожно-мнительными чертами характера, соматически ослабленного, несколько отстающего в физическом развитии, вскоре после внезапной смерти близкого человека. В семье есть 2 случая психических заболеваний. Возможны 3 диагностические гипотезы (в порядке вероятности): психогенное заболевание в форме депрессивного невроза; психогенное патологическое развитие (формирование) личности депрессивно-ипохондрического типа: шизофрения с неврозоподобной симптоматикой на «измененной почве» (тревожно-мнительная акцентуация характера, соматическая ослабленность, задержка физического развития, пубертатный период).

На этапе дифференциальной диагностики производятся оценка соответствия диагностических гипотез абстрактным моделям тех или иных заболеваний, выделение признаков, противоречащих клиническим моделям (например, эпизодических психических автоматизмов при диагностической модели невроза) и клинико-психопатологический анализ этих признаков, исключение гипотез, основанных на несущественных или малоспецифичных проявлениях, а также исключение гипотез, при которых причинно-следственная (патогенетическая) связь ведущих клинических проявлений и предполагаемых причинных факторов не доказана.

Используется также выявленная на этапе синдромологической диагностики последовательность смены психопатологических синдромов, свидетельствующая о прогредиентном течении заболевания.

На этапе дифференциальной диагностики в дополнение к клинико-психопатологическим данным широко используются данные соматоневрологического и параклинического обследования.

Конкретные варианты дифференциально-диагностического анализа отдельных психопатологических синдромов при разных заболеваниях см. в первой и второй частях.

Решающим этапом клинической диагностики является установление нозологического диагноза, т. е. диагноза заболевания в соответствии с принятой нозологической классификацией и номенклатурой психических заболеваний.

Нозологический диагноз вытекает из наиболее вероятной диагностической гипотезы, однако и он не является окончательным, так как содержит в себе некоторую степень неопределенности, преодоление которой достигается в ходе дальнейшего клинического наблюдения, обследования и лечебных мероприятий.

Клиническая диагностика на этапе нозологического диагноза недостаточна для разработки адекватной терапии, социальной реабилитации и определения прогноза заболевания. В связи с этим нозологический диагноз должен быть дополнен диагнозом клинической формы и типа течения заболевания. Основу установления клинической формы составляет определение ведущего психопатологического синдрома в соответствии с приведенными выше критериями. Так, например, исходя из ведущего психопатологического синдрома, выделяют простую, параноидную, кататоническую формы шизофрении у взрослых и подростков, различные формы неврозов (истерический, астенический, невроз навязчивости, невроз страха, депрессивный невроз и др.). Диагностика формы заболевания закладывается на этапе синдромологического диагноза.

Ввиду того что психопатологический синдром характеризует лишь «поперечный срез» заболевания на каком-то этапе его динамики, для целей прогноза и социальной реабилитации установление клинической формы заболевания должно быть дополнено диагностикой типа течения. Основными типами течения психических заболеваний являются прогрессирующий (прогредиентный), стационарный и регредиентный (с отчетливой тенденцией к обратному развитию болезненных проявлений). Внутри этих основных типов можно выделить непрерывное и волнообразное (рецидивирующее, приступообразное) течение. Непрерывное течение может быть медленным (вялое, мало-

прогредиентное) и быстрым (злокачественное). Кроме того, выделяют также течение в виде сменяющихся маниакальных и депрессивных фаз — циркулярный тип.

Прогредиентный тип течения свойствен психическим заболеваниям с тенденцией к нарастанию психического дефекта (шизофрения, эпилепсия, прогрессирующие органические заболевания головного мозга, например нейросифилис, демиелинизирующие заболевания центральной нервной системы и др.).

«Стационарный» тип течения наблюдается при олигофрениях, состояниях психического инфантилизма, психопатиях, на определенных этапах динамики затяжных неврозов. Близкое к стационарному течение возможно при малопрогредиентной, вялотекущей шизофрении.

Регредиентный тип течения характерен в основном для психогенных заболеваний и большинства экзогенно-органических психических расстройств, прежде всего резидуально-органических.

Задачи современной терапии и социальной адаптации психически больных, а также решение вопросов, связанных с клиническим и социальным прогнозом, требуют, чтобы клинико-нозологический диагноз был дополнен так называемым функциональным диагнозом. Понятие **функционального диагноза**, сформулированное в советской психиатрии Т. А. Гейером (1933) и Д. Е. Мелеховым (1947), объединяет такие параметры, как характер психического дефекта, степень его социальной компенсации, возрастные особенности социально-психологического реагирования, вторичные психогенные образования (реакции, развития) с учетом их патогенной и саногенной роли, сохранность высших личностных свойств и профессиональных навыков [Ковалев В. В., 1981].

Иными словами, функциональный диагноз — это диагноз индивидуальных особенностей заболевания, болезненно измененных и сохранных свойств личности, реакций личности на болезнь, преморбидного состояния социальной адаптации и ее возможностей в условиях болезни. В связи с этим В. М. Воловик (1975) выделяет клинический, психологический и социальный аспекты функционального диагноза психического заболевания.

Функциональный диагноз неразрывно связан с клиническим и не может существовать в отрыве от него, не может быть автономным. В этом проявляется единство биологического и социального в психиатрической диагностике [Ковалев В. В., 1981].

По мнению В. М. Воловика (1975), подразделение диагноза на клинический и функциональный вытекает из сформулированного Г. А. Захарьиным (1909) принципа двойственности диагноза, включающего как диагноз болезни («diagnosis morbi»), так и диагноз больного («diagnosis aegroti»).

Установление функционального диагноза в детском и подростковом возрасте сопряжено с определенными трудностями из-за возрастной незрелости личности ребенка и подростка, недостаточного развития компенсаторных нейрофизиологических и психологических механизмов. Касаясь клинического аспекта функционального диагноза, следует иметь в виду преобладание в структуре психического дефекта у детей негативно-дизонтогенетических симптомов и синдромов, в основе которых лежат тотальные и парциальные ретардации, искаженное психическое развитие, создающие ошибочное представление о стойкой, некорригируемой психической аномалии. Между тем большие компенсаторные возможности детского организма, особенно подкрепленные своевременными и полноценными мерами реэдукации, лечебной педагогики, логопедии, могут со временем значительно сгладить или полностью компенсировать психический дефект, обеспечив в значительной части случаев нормальное психическое развитие.

В то же время преобладание в структуре дефекта негативных симптомов, связанных с выпадением уже сформированных или находившихся в процессе формирования психических функций, прогностически значительно менее благоприятно и требует более интенсивных и длительных мер реэдукации и лечения.

Психологический аспект [Воловик В. М., 1975] функционального диагноза у детей и младших подростков (до 15 лет) значительно редуцирован в связи с незрелостью их личности и самосознания. Тем не менее такие вторичные психологические образования, как компенсаторные и псевдокомпенсаторные реакции и развития [Ковалев В. В., 1971], занимают немалое место в структуре различных форм психической патологии у детей и подростков. Сюда относятся компенсаторные и гиперкомпенсаторные реакции в форме патологического фантазирования, сверхценных интересов и увлечений при шизофрении и шизоидной психопатии [Ковалев В. В., 1975, 1979], гиперсоциальные формы компенсаторного поведения (педантизм, аккуратность, утрированное стремление к порядку) у больных эпилепсией [Краснушкин Е. К., 1960; Кова-

лев В. В., 1979] и олигофренией, неадекватные формы психологической компенсации (асоциальное, делинквентное и аутоагрессивное поведение) при депрессивном неврозе, психогенных патологических формированиях личности и психопатиях возбудимого типа.

Социальный аспект функционального диагноза включает социальную адаптацию (в семье, дошкольном учреждении, школе, ПТУ, техникуме) до болезни и после ее возникновения, микросоциальный статус ребенка и подростка, его бытовое положение, профессиональные возможности, отношение семьи к больному и его болезни. Важнейший компонент социального аспекта функционального диагноза у детей с психическими нарушениями — способность к обучению в школе (обучение по программам массовой или вспомогательной школы, школы для детей с задержкой психического развития, школы для детей с расстройствами речи).

Важным компонентом социального аспекта функционального диагноза у подростков являются возможность профессионального обучения и определение профессий, доступных по клиническому и социально-психологическому статусу.

Функциональный диагноз обязательно включает в себя определение клинического и социального прогноза больного (т. е. «прогностический диагноз»).

Решение перечисленных разносторонних задач функциональной диагностики носит мультидисциплинарный характер и потому может быть успешным только при участии представителей различных смежных специальностей: психиатров, клинических и социальных психологов, педагогов, логопедов и др.

Одним из кардинальных принципов диагностики психических заболеваний у детей и подростков следует считать деонтологический принцип, т. е. максимальное морально-психологическое щажение ребенка, подростка и их близких в процессе диагностики.

Основным условием деонтологического принципа в диагностике психических заболеваний независимо от возраста больного является личностный подход. Это условие приобретает особое значение при современной интенсивной технизации медицины и массовом внедрении методов машинной диагностики.

Личностный подход строится на отношении к больному, в том числе ребенку и подростку, как к личности со свойственными ей чертами, психологическими установками, от-

ношением к болезни, интересами, желаниями. Очень важным отправным моментом личностного подхода в диагностике является установление оптимального контакта с больным. Контакт не должен быть формальным, официальным, он строится на основе сочувствия к больному, стремления помочь ему в преодолении болезненных явлений.

У детей раннего и дошкольного возраста доверительный эмоциональный контакт с врачом часто невозможен без посредничества родителей, прежде всего матери.

Личностный подход в период стационарного обследования ребенка и подростка включает создание условий, приближающихся к домашним, обеспечение регулярных свиданий с родителями, своевременное уведомление о различных диагностических обследованиях и лечебных процедурах, особенно болезненных, психотерапевтическую подготовку к ним, нередко с привлечением родителей, участие ребенка и подростка в жизни отделения (занятия в классе, массовые мероприятия). Деонтологический принцип требует максимального ограничения болезненных и травматичных диагностических приемов и методов у детей, например таких, как спинномозговая пункция, пневмоэнцефалография, а также предельного сокращения других болезненных процедур (взятие крови из пальца или вены, гастроскопия, дуоденальное зондирование и т. п.).

Важной составной частью деонтологического подхода в процессе диагностики является предупреждение ятрогений, т. е. психических и психосоматических расстройств, связанных с психотравмирующими высказываниями и действиями врачей и других медицинских работников, а также дидактогений — психических нарушений в результате неправильных воспитательных приемов педагогов, и эгротогений — психических расстройств, обусловленных отрицательным влиянием других больных. В этом плане недопустимо сообщение больным и их родственникам предположений о серьезном, а тем более неизлечимом психическом заболевании, о неблагоприятном исходе заболевания до полного завершения диагностического процесса.

В связи с серьезными социальными последствиями (противопоказания к обучению в средних специальных и высших учебных заведениях, негодность к военной службе, профессиональные и правовые ограничения) диагноза тяжелого психического заболевания, например шизофрении, к его установлению необходимо относиться с особой осторожностью и определять его только в бесспорных слу-

чаях, не вызывающих дифференциально-диагностических сомнений.

Важное деонтологическое требование в диагностике психических заболеваний — строгое соблюдение врачебной тайны, неразглашение диагноза психического заболевания. Это положение подкреплено соответствующим приказом Министерства здравоохранения СССР.

Глава 12

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ[1]

Общие вопросы

Психопатологическое обследование дает основные сведения для диагностики психического заболевания у человека любого возраста. Общие принципы психиатрической диагностики у детей и подростков в значительной степени совпадают с таковыми у взрослых. Вместе с тем физическая и психическая незрелость ребенка и подростка придают определенную возрастную специфику психопатологическому обследованию. Эта специфика тем больше, чем меньше ребенок.

Так, у детей раннего, дошкольного и младшего школьного возраста, как правило, не удается выявить жалоб на отклонения в нервно-психическом состоянии. Такие жалобы могут предъявлять почти исключительно родители или другие близкие родственники. Однако наряду с жалобами, объективно отражающими отклонения в нервно-психическом состоянии ребенка, родители могут высказывать жалобы, связанные с неудовлетворенностью внутрисемейными взаимоотношениями, в которых ребенку принадлежит та или иная роль, основанные на завышенных требованиях к ребенку и чрезмерных притязаниях. Иногда в основе жалоб лежит неумение родителей или педагогов в школе найти индивидуальный воспитательный подход к ребенку с учетом особенностей его личности. В некоторых случаях ребенка приводят на консультацию к психиатру для разрешения конфликтных отношений родителей или

[1] Излагаются только возрастные особенности психопатологического обследования детей и подростков без систематического освещения этого метода, которое содержится во многих руководствах по общей психиатрии.

вместо брата или сестры с более серьезными психическими расстройствами [Leff J. P., Isaacs A. D., 1981].

Другая особенность психиатрического обследования детей и подростков заключается в сборе анамнестических данных. Анамнез заболевания, личный, а тем более семейный анамнез детей младшего возраста, включая младший школьный возраст, можно узнать только от родителей или заменяющих их лиц. Дети среднего школьного возраста и подростки могут сообщить многие сведения, касающиеся анамнеза болезни и отчасти личного анамнеза. Отрывочные данные семейного анамнеза можно получить у старших подростков. Родители и другие взрослые должны сообщать анамнестические сведения в отсутствие ребенка. Исключение из этого правила составляют только дети раннего возраста и некоторые чрезмерно привязанные к матери дошкольники. Для получения сведений о старших подростках (15—17 лет) желательно приглашать на консультацию родителей или других близких заранее, отдельно от подростков. Подросток приходит один на собеседование с психиатром. Такая организация обследования препятствует возникновению у подростка опасения, что врач «заодно с родителями», укрепляет убеждение подростка в его самостоятельности и облегчает контакт с психиатром [Züblin W., 1975].

Данные анамнеза, полученные от родственников и самого больного, обязательно должны быть дополнены сведениями от воспитателей и педагогов массовых детских учреждений (детских садов, школ), ПТУ и техникумов либо в виде характеристик, либо, лучше, при личном собеседовании названных лиц с психиатром.

Изучение психического статуса зависит от возраста ребенка. У детей раннего и дошкольного возраста ведущая роль в исследовании психического статуса принадлежит наблюдению. Информативность наблюдения тем больше, чем ближе его условия к естественным, привычным. Наблюдение за детьми первых 2 лет жизни лучше вести в присутствии матери с использованием привычных, любимых игрушек. Поведение детей более старшего возраста и подростков весьма демонстративно в обществе нескольких сверстников. Обычно это легко достигается в специализированных детских учебно-воспитательных учреждениях и психиатрических стационарах. Наблюдению за поведением детей младшего возраста способствует игровая ситуация. Другой широко распространенный метод психиатрического обследования — собеседование с больным [Бан-

щиков В. М., Короленко Ц. П., Давыдов И. В., 1971] — в основном диагностически результативен у детей школьного возраста и подростков, хотя может дать ценные дополнительные сведения и у многих дошкольников.

Анамнез

В анамнезе детей и подростков можно выделить семейный, личный, школьный анамнез и анамнез заболевания.

Особенностью семейного анамнеза является детальное выяснение внутрисемейных отношений, ролевых позиций членов семьи, лидерства родителей, их воспитательных установок, определение типа воспитания в семье (правильное гармоничное, неравномерное, «маятникообразное», недостаточное, гипоопека и безнадзорность, гиперопека — потворствующая гиперпротекция и родительский деспотизм, воспитание по типу «кумира семьи», по типу «Золушки»).

Важный раздел семейного анамнеза — наличие случаев психических заболеваний, эпилепсии, умственной отсталости, различных аномалий личности, как патологических, так и непатологических, например акцентуаций характера, по А. Е. Личко (1977, 1979), а также случаев самоубийств и суицидальных попыток у близких родственников (родители, дяди и тетки, бабушки и дедушки, братья и сестры).

При семейном накоплении однотипных или близких форм психической патологии целесообразно провести специальное генеалогическое обследование семьи.

Кроме того, в семейном анамнезе обращают внимание на генеративные функции матери (начало менструаций, количество и течение беременностей, выкидыши, мертворождения), а также на раннюю детскую смертность в семье и ее предполагаемые причины.

Личный анамнез имеет особо важное значение в психиатрическом обследовании ребенка и подростка, поскольку ведущая роль дизонтогенеза в происхождении большинства форм психической патологии детского и отчасти подросткового возраста по существу отождествляет историю индивидуального развития с анамнезом заболевания.

В раннем личном анамнезе выделяются такие моменты, как возраст родителей, особенно матери, при зачатии ребенка, каким по счету он родился, предшествовали ли данной беременности повторные аборты, особенно осложненные, состояние здоровья матери в период беременности,

физические и психические травмы, профвредности во время беременности, особенности родов (срочные, досрочные, с преждевременным отхождением околоплодных вод, с применением щипцов, вакуум-экстрактора, выдавливания, наркоза и т. п.). Обязательно отражаются пре- и перинатальные поражения плода; внутриутробная гипоксия, родовая травма черепа, асфиксия при рождении, ее характер и длительность, время оживления, наличие кефалогематомы, деформации головы ребенка, судорог в первые часы и дни жизни, наличие и продолжительность желтухи в период новорожденности, сведения об иммунологической (по резус- и АВ0-факторам) несовместимости матери и плода и об иммунологическом конфликте.

Перечисляются соматические заболевания ребенка, травмы, в том числе черепно-мозговые, ожоги, интоксикации, отмечаются тяжесть и длительность заболеваний, нервно-психические осложнения (судорожные припадки, состояния помрачения сознания, двигательные расстройства, временная или стойкая утрата навыков речи, ходьбы, самообслуживания, опрятности и др.).

Особое место в личном анамнезе детей и подростков с психическими расстройствами отводится поэтапной возрастной характеристике моторного, речевого и психического развития. Правильная оценка этих сторон нервно-психического развития требует от врача знания их средней нормы. Нервно-психическое развитие наиболее интенсивно и динамично в раннем детском возрасте (от 0 до 3 лет). Согласно данным Н. М. Аксариной (1972), Л. О. Бадаляна, Л. Т. Журбы, Н. М. Всеволожской (1980) и других авторов, для нормально развивающегося ребенка в первые 3 мес жизни характерны повышенное внимание к речи взрослых, появление улыбки в ответ на речевое обращение матери, фиксация взгляда на предметах и способность к зрительному слежению за движущимся предметом, возникновение «комплекса оживления», т. е. интенсивных движений рук, ног, головы, туловища, сопровождающихся улыбкой и звуковой реакцией (громким гулением), когда к ребенку обращаются, берут его на руки, играют с ним.

Приблизительно к 3-му месяцу нормально развивающийся ребенок может хорошо удерживать голову.

С 3 до 6 мес жизни ребенок начинает дольше бодрствовать, «комплекс оживления» возникает чаще, появляется громкий смех при игре, он рассматривает, ощупывает и захватывает висящие перед ним игрушки, подолгу ощупывает и осматривает свои руки, может есть и сидеть с под-

держкой, начинает произносить отдельные слоги, дифференцирует близких и посторонних.

К году ребенок должен самостоятельно ходить, пить из чашки, выполнять элементарные задания («дай ручку», «дай мяч» и т. п.), лепетно употреблять около 10 простейших слов («ма-ма», «ба-ба», «дай»), производить разнообразные подражательные действия, понимать значение слова «нельзя».

На втором году жизни здоровый ребенок свободно ходит по горизонтальной и наклонной поверхности, производит целенаправленные действия с предметами (например, собирает пирамиду из 3—5 колец), различает предметы по величине (большие и маленькие), запас слов увеличивается до нескольких десятков, появляется фраза из 3—4 слов, включающая не только существительные, но и прилагательные и местоимения. Ребенок отвечает на простые вопросы, может сам задать вопрос «что это?». Появляются начальные навыки самообслуживания и опрятности.

От 2 до 3 лет ребенок в основном овладевает навыками самообслуживания, умеет самостоятельно одеться, застегнуть пуговицы, а часто и завязывать шнурки на ботинках, умеет мыть руки и вытирать их, аккуратно самостоятельно ест, участвует в коллективных играх сверстников, согласовывая свою деятельность с другими детьми, может организовать сюжетную игру и игру с перевоплощением. Словарь ребенка к 3 годам увеличивается до 1200—1500 слов, которые включают все части речи, кроме причастия и деепричастия, имеется развернутая фразовая речь, ребенок задает вопросы «зачем?», «почему?». Сформированы понятия цветов (красный, желтый, зеленый, синий) и количества предметов (один, два, много, больше, меньше).

В речи возможно физиологическое косноязычие — нарушение произношения звуков «р», «л» и шипящих, что не является патологией для данного возраста. К 3 годам ребенок обычно понимает смысл таких нравственно-оценочных понятий, как «хорошо» и «плохо».

Как показывают клинико-психологические работы наших сотрудников Г. В. Козловской, Е. И. Кириченко, Г. В. Скобло и Л. А. Бударевой (1982), уже на первом и втором году жизни удается выявить некоторые рудименты личностных особенностей, такие как повышенная тормозимость, чрезмерная привязанность к матери, торпидность и пассивная подчиняемость в незнакомой обстановке, тревожность и боязливость, эксплозивность. Эти лич-

ностные проявления чаще обнаруживаются у детей раннего возраста с теми или иными психическими нарушениями, в частности при невропатических состояниях разного происхождения. Известны также отсутствие потребности в контактах, недифференцированность эмоций, боязнь новизны, свойственные детям с синдромами раннего аутизма, характеристика которых приведена во второй части. Следовательно, ранний личный анамнез должен включать не только характеристику общего психического, речевого и психомоторного развития ребенка в первые годы жизни, но и сведения об особенностях его рудиментарного личностного реагирования, связанного в основном с индивидуальными особенностями темперамента, сферы инстинктов и влечений, низшей аффективности.

В дошкольном возрасте (3—6 лет) значительно возрастает самостоятельность поведения с разнообразием деятельности, накоплением большого запаса представлений и первичных понятий, приобретением многих навыков и умений.

Для психики дошкольников особенно типичны формирование произвольного внимания, относительно высокое развитие образной памяти и образного воображения, а самое главное — постепенный переход мышления и речи во «внутренний план» (т. е. их интериоризация), а также все большее их «свертывание» [Гальперин П. Я., 1957]. Вместе с тем наглядно-действенный и конкретно-образный типы мышления с синкретизмом (по J. Piaget, 1967), т. е. с нерасчлененными, слитными представлениями, произвольно объединенными наиболее заметными деталями, остаются ведущими на протяжении дошкольного возраста [Люблинская А. А., 1971].

Особенностью речи младших дошкольников, наряду с экстенсивным накоплением запаса слов является интерес к звучанию слов, игра словами, словотворчество, придумывание новых слов («я удрал и придеру обратно», «какой наш папа смешотный» и т. п.), что имеет значение для правильной диагностической оценки неологизмов у психически больных детей.

Переход внешней речи во внутреннюю (эгоцентрическую, по J. Piaget, 1967) начинается в возрасте 4—5 лет [Люблинская А. А., 1971].

В дошкольном возрасте происходит интенсивное созревание эмоционально-волевых свойств личности [Божович Л. И., 1968; Люблинская А. А., 1971]. Так, у детей дошкольного возраста начинают формироваться гностиче-

ские эмоции («радость познания»), потребность в совместной деятельности со сверстниками, элементы нравственных чувств (чуткость, заботливость, чувство долга, ответственность, стыд), стремление к самостоятельности, элементарная выдержка при отсрочке достижения цели, волевая мотивация действий. Наряду с этим под влиянием взрослых появляются морально-оценочные критерии —«хорошо» и «плохо».

Интенсивное формирование свойств личности, в частности самостоятельности, сопровождается упрямством, негативизмом, капризами, которые составляют основу реакций протеста, отказа и других ситуационных психогенных реакций.

В конце дошкольного возраста появляются психологические предпосылки для внутренних конфликтов между желаемым и реально возможным, что представляет основу психогенеза неврозов.

В дошкольном возрасте происходит постепенное замещение экстрапирамидной моторики, свойственной детям младшего возраста, более дифференцированной и точной пирамидной моторикой. Однако этот процесс имеет индивидуально различные временны́е параметры, что сказывается на клинических особенностях двигательных расстройств, особенно синдрома гиперактивности у детей дошкольного возраста.

Психологические особенности детей младшего школьного возраста (7—9 лет) тесно связаны со школьной адаптацией. Так, узкий объем внимания, отсутствие умения распределять внимание, свойственные многим детям раннего школьного возраста, ведут к рассеянности и несобранности на занятиях, что становится одним из факторов школьной дезадаптации.

В младшем школьном возрасте интенсивно развивается смысловая память, а воображение принимает преимущественно словесное оформление. Завершается интериоризация (переход во «внутренний план») речи и мышления, возникает оформленная внутренняя речь [Люблинская А. А., 1971]. Однако у части детей этого возраста перечисленные проявления познавательных психических функций запаздывают, что также может затруднять усвоение школьной программы.

Своевременное психическое развитие детей младшего школьного возраста характеризуется заметными сдвигами в формировании личности, связанными с интенсивным развитием познавательных интересов и появлением потребно-

сти в учебе как средстве приобретения новых сведений, знаний и умений. У части детей 7—8 лет такая потребность в учебе может быть недостаточно развита.

В психолого-педагогической практике используется понятие «школьная зрелость», которое характеризует определенный уровень психофизической зрелости ребенка и его психологической готовности к школьному обучению. По некоторым данным [Громбах С. М., Сальникова Г. П., 1971], до 20% учащихся 1-х классов не достигают школьной зрелости. Это, безусловно, отрицательно сказывается на школьной адаптации таких детей и требует для них дополнительных лечебно-оздоровительных мероприятий.

Школьная зрелость отчасти зависит от объема представлений, сведений, наличия некоторых элементарных навыков (чтения, счета), а также воспитанного интереса к приобретению новых знаний, учебе у детей, поступающих в школу. В связи с этим говорят о детях, подготовленных и не подготовленных к школе.

В личном анамнезе детей препубертатного возраста (10—12 лет) основное внимание обращают на созревающее самосознание, которое выражается в появлении «удвоенности реальности» [Ушаков Г. К., 1973], т. е. одновременном и взаимопроникающем существовании действий с реальными объектами и с их образами в сознании, а также в возможности рефлексии, т. е. анализа собственных представлений, мыслей, переживаний. Вместе с тем в процессе созревания механизмов самосознания могут возникать условия, способствующие различным нарушениям самосознания, в частности, явлениям психического отчуждения [Меграбян А. А., 1962, 1972].

В препубертатном возрасте впервые появляется способность оперировать абстрактными категориями, строить гипотезы, проверять их правильность и на этой основе формулировать собственные взгляды на взаимодействие вещей и явлений. Интенсивно формируются высшие человеческие эмоции: эстетические, этические, интеллектуальные [Ушаков Г. К., 1973]. Иными словами, в препубертатном возрасте складываются предпосылки для завершения формирования личности.

Возрастные границы подросткового (пубертатного) возраста определяются по-разному. Можно согласиться с мнением А. Е. Личко (1979) о том, что его границами являются 12 и 18 лет, хотя, конечно, возможны значительные колебания. Этот возраст в анатомо-физиологическом плане характеризуется половым созреванием и завершением в ос-

новном физического развития индивида. Физиологическим признаком начала собственно пубертатного возраста считают появление менструаций у девочек и поллюций у мальчиков. Вместе с тем к подростковому (пубертатному) возрасту нередко относят детей 11—12 лет с начальными признаками полового созревания (незначительное увеличение полового члена и яичек, быстрый рост тела у мальчиков, начало роста молочных желез, появление волос на лобке у девочек) [Личко А. Е., 1979; Nissen G., 1980].

В последние десятилетия отмечается ускоренное физическое и половое созревание подростков (акселерация развития), в связи с чем половое созревание у многих подростков начинается на 1—2 года раньше, а физическая зрелость наступает к 16—17 годам у девушек и к 17—19 годам у юношей [Личко А. Е., 1979].

Патологические варианты акселерации физического и полового развития, обусловленные в основном резидуально-органическими диэнцефальными нарушениями, сопровождаются необычно ранним появлением вторичных половых признаков (первые менструации у девочек 9—10½ лет, поллюций у мальчиков до 12 лет) и ускоренным половым и физическим созреванием, которое завершается спустя 1—2 года.

В этих случаях наблюдаются выраженные вегетативно-эндокринные расстройства, достигающие иногда диэнцефальных кризов, а также повышенная эксплозивность, агрессивность, конфликтность у подростков-мальчиков и гиперсексуальность, истероидность, асоциальное поведение у подростков-девочек [Лебединская К. С., 1969].

Возрастные кризы считают реакцией организма на перестройку физиологических процессов в переходные периоды [Зиновьев П. М., 1958], и пубертатный период с бурными качественными изменениями в организме и психике подростка относят к кризовым, или кризисным, периодам.

По мнению ряда авторов [Ушаков Г. К., 1974; H. D. Rösler et al., 1974, и др.], в пубертатном периоде значительно усиливается асинхрония созревания отдельных систем и функций, свойственная нормальному развитию. Это объясняет отмеченные многими авторами [Сухарева Г. Е., 1974; Hall G., 1920, и др.] дисгармонию и неустойчивость как в физиологических, так и в психических проявлениях у здоровых и своевременно развивающихся подростков. Еще более выражена подобная дисгармония в психической сфере в случаях акселерации, а также при акцентуациях характера и в неблагоприятных микросоциальных условиях.

Для психиатра особенно важно определить завершение формирования личности в подростковом (пубертатном) возрасте. По удачному выражению психолога В. Е. Смирнова (1929), в этом периоде «человек рождается второй раз, и не просто жить, а жить лично и социально».

В динамике личностных изменений у подростков многие авторы условно выделяют первую и вторую, или негативную и позитивную, фазы [Сухарева Г. Е., 1959: Аккерман В. И., Брайнина М. Я., H. Keiserlingk,— цит. по В. А. Гурьевой, 1971; Zeller,— цит. по G. Nissen, 1980]. Первая, негативная, фаза (приблизительно 12—15 лет) характеризуется эмоциональной лабильностью, повышенной аффективной возбудимостью и несдержанностью, импульсивностью, чертами демонстративности и рисовки в поведении. Типичны контрастные, противоречивые эмоционально-волевые проявления: повышенная чувствительность по отношению к себе, ранимость и в то же время холодность и черствость к близким; упрямство, «дух противоречия», негативизм, особенно в отношении родителей, педагогов и других взрослых, с одной стороны, и повышенная внушаемость, слепое подражание формам поведения и высказываниям приятелей, случайных авторитетов и «предметов обожания» (артистов, известных спортсменов и т. д.) — с другой; сочетание застенчивости, тормозимости и робости в обществе взрослых, особенно незнакомых, с показной развязностью и грубостью в среде сверстников. Такая противоречивость личностных проявлений и поведения подростка свидетельствует о незрелости ее свойств и несформированности устойчивых отношений ее отдельных компонентов.

Незрелость личности подростков проявляется и в неустановившихся субординационных отношениях между интеллектуальной и эмоциональной сферами со склонностью к преобладанию эмоционального компонента. Психологическим выражением таких незрелых субординационных отношений следует считать, с одной стороны, отчетливые черты «аффективной логики» в суждениях, оценке поведения окружающих лиц, взглядах на различные события и социальные явления, в частности присущий подросткам максимализм суждений, критицизм, а с другой — повышенную склонность к различным сверхценным образованиям. Последнее обусловливает особую готовность подростков к ситуационным личностным реакциям (характерологическим и патохарактерологическим реакциям, по нашей терминологии — В. В. Ковалев, 1973, 1979), например реакциям

активного и пассивного протеста (непослушание, вспышки грубости, агрессии по отношению к родителям и воспитателям, уходы из дома, школы, интерната, суицидальное поведение), а также «подростковым поведенческим реакциям» [Личко А. Е., 1977, 1979] — реакциям эмансипации, обусловленным стремлением к самостоятельности, протестом против родительской опеки, доходящим иногда до недоброжелательного отношения к родителям, реакциям группирования со сверстниками, реакциям увлечений («хобби-реакции»).

Обилие телесных ощущений, связанных с бурным физическим и половым созреванием, у подростков становится источником сверхценного отношения к своему физическому «я», что лежит в основе сверхценных ипохондрических и дисморфофобических переживаний.

Повышенное сексуальноое влечение, связанное с половым созреванием, без социально приемлемой реализации приводит к появлению у части подростков, преимущественно мужского пола, компенсаторных реакций в форме онанизма (мастурбации) и преходящих псевдогомосексуальных отношений, связанных с недифференцированной направленностью полового влечения. Реакции этого типа, как правило, временные, обратимые и полностью исчезают с началом нормальной половой жизни. Фиксация на этих отклонениях самих подростков и их близких, основанная на ложных представлениях о «непоправимом вреде» онанизма и других половых отклонений, может привести к ряду невротических расстройств, включая невротическую импотенцию у молодых мужчин.

Личностные сдвиги в негативной фазе имеют определенные половые различия. Так, повышенная аффективная возбудимость, несдержанность, склонность к реакциям активного протеста более отчетливы у подростков-мальчиков, тогда как эмоциональная неустойчивость, склонность к колебаниям настроения, повышенное внимание к своему физическому «я» преобладают у подростков-девочек.

Вторая, позитивная, фаза начинается приблизительно с 16 лет и отличается постепенной гармонизацией личности подростка. Гармонизация личности в первую очередь проявляется в постепенном уравновешивании эмоционально-волевой сферы, сглаживании, уменьшении контрастности и противоречивости эмоционально-волевых реакций. Наряду с этим проявляются отчетливые позитивные изменения личности и поведения, связанные с завершением формирования высших форм понятийного мышления, созревани-

ем самосознания, осознанием своего места в обществе, появлением определенных целей в жизни, завершением созревания высших эмоций, в том числе интеллектуальных и этических [Ушаков Г. К., 1974].

Определенная зрелость самосознания обусловливает склонность к рефлексии, самоанализу, размышлениям, появление у части подростков, особенно мужского пола, повышенного интереса к отвлеченным проблемам (философским, этическим и др.).

Во второй фазе еще более возрастает готовность к возникновению сверхценных образований, которые принимают форму идей, увлечений, занятий, дисморфофобических и ипохондрических опасений. В связи с этим немецкий психиатр Th. Ziehen (1924) выдвинул тезис о «моноидеистических тенденциях юношества».

Описанные личностные сдвиги в пубертатном возрасте могут вести и у здоровых подростков к эпизодическим, преходящим нарушениям социальной адаптации, особенно в связи с реакциями протеста, оппозиционным отношением к родителям, импульсивностью, склонностью к чрезмерному и необоснованному критицизму. Чаще такие нарушения социальной адаптации возникают в первой фазе пубертата. Однако эпизодические нарушения социальной адаптации, обусловленные переоценкой своих возможностей, повышенным самомнением, ригидным пониманием норм морали, обостренным стремлением к самостоятельности, реакциями увлечения, сверхценным недовольством своим внешним видом, возможны и во второй фазе пубертатного возраста.

Личный анамнез подростков, по мнению А. Е. Личко (1979), должен включать также отношения со сверстниками, планы на будущее, отношение к родителям, основные нарушения поведения, наиболее тяжелые для подростка события в последние годы и реакцию на них, в том числе суицидальные мысли и попытки, а также сексуальные проблемы (первая влюбленность, начало половой жизни, онанизм и др.).

Весьма важны сведения о сроках полового созревания, опережающем, ускоренном или, наоборот, замедленном половом и общем физическом созревании подростка.

Школьный анамнез содержит сведения о возрасте начала школьного обучения, уровне «школьной зрелости», психологической подготовленности или неподготовленности ребенка к учебе, типе обучения (массовая, вспомогательная школа, интернат или школа для детей с задержками психического развития). Кроме того, школьный

анамнез должен отражать наличие или отсутствие интереса к учебе, трудности формирования основных школьных навыков (чтение, письмо, счет), школьную успеваемость, второгодничество, нарушения школьной дисциплины. Школьный анамнез дополняется характеристикой из школы. Следует, однако, иметь в виду, что школьные характеристики нередко бывают формальными и освещают только успеваемость. В то же время характеристики так называемых трудных детей часто односторонне утрируют их отрицательные качества.

Анамнез заболевания (anamnesis morbi) включает время появления тех или иных изменений в психике и поведении ребенка или подростка, а также соматоневрологических нарушений, характер этих изменений, их связь с теми или иными внешними или внутренними патогенными факторами (физические травмы, инфекции, интоксикации, психические травмы, бурно протекающие переходные возрастные периоды, ускоренное половое созревание и др.), динамику заболевания, включая тенденцию к нарастанию болезненных проявлений, их стабильность или склонность к обратному развитию (регредиентность).

Внешний вид и психический статус больного

Общая схема описания внешнего вида и психического статуса детей и подростков в основном совпадает с таковой у взрослых больных.

Однако диагностическое значение и содержание отдельных разделов статуса в детском и подростковом возрасте имеют существенные отличия.

Так, например, описание внешнего вида и телосложения детей и подростков с психическими расстройствами содержит значительно большую диагностическую информацию по сравнению со взрослыми. Это признаки отставания в физическом развитии: несоответствие роста, пропорций телосложения, выражения лица и мимики паспортному возрасту ребенка, наличие аномалий (микроцефалия, волчья пасть, синдактилия, полидактилия и др.), дисплазий телосложения (непропорциональное соотношение туловища и конечностей, гипертелоризм, эпикант и др.), цереброэндокринное ожирение, гипогенитализм и т. д.

При осмотре подростков обращают внимание на отставание или, наоборот, заметное опережение в росте, избыточную полноту и худобу, физические недостатки (узкие плечи, сутулость, искривление голеней, небольшой половой

член, чрезмерное оволосение у девушек, неправильная форма носа и т. д.). Определенное значение имеет обнаружение татуировок, рубцов от порезов в области запястий и на коже груди, следов инъекций [Личко А. Е., 1979].

Описание собственно психического статуса в детском и подростковом возрасте, так же как и у взрослых, содержит характеристику контакта с больным, сознания, восприятия, наличие бредовых, сверхценных и навязчивых переживаний, состояние внимания, памяти, мышления, интеллекта, эмоционально-волевой сферы, включая настроение, влечений и инстинктов, психомоторики, речи, описание свойств личности, в том числе черт характера, направленности интересов, нравственных установок.

Формальное изложение психического статуса по указанной схеме малоинформативно, если оно не учитывает возрастных особенностей психического развития и преимущественного уровня нервно-психического реагирования в нашем понимании [Ковалев В. В., 1969, 1979].

Так, в психическом статусе детей раннего возраста, исходя из свойственного им соматовегетативного уровня преимущественного нервно-психического реагирования, основное внимание должно быть уделено соматовегетативным функциям (аппетит, желудочно-кишечные функции, срыгивания, рвота, диспепсические нарушения, прибавление массы тела, беспричинные колебания температуры, субфебрилитет, склонность к аллергическим реакциям, диатез и т. п.), нарушениям сна — бодрствования (извращение их смены, поверхностный сон, нарушение дневного сна, возбуждение и стереотипные движения при засыпании). Наряду с этим весьма важна характеристика элементарных влечений и инстинктов: повышенный и пониженный аппетит, бурная или слабая психическая и психомоторная реакция на дискомфорт (мокрые пеленки, перегревание, охлаждение), изменение режима питания и ухода, реакция на изменение воспитателей и обстановки, интерес к окружающим лицам, прежде всего к матери, к ярким и звучащим предметам, наличие или отсутствие дифференцированной эмоциональной реакции на близких людей (улыбка, «комплекс оживления»). Важное значение принадлежит описанию рудиментарных познавательных реакций — интереса к новым предметам, стремления их захватывать, ощупывать, рассматривать, манипулировать с ними, интереса к частям собственного тела. Подробно должны быть описаны психомоторика, зрительно-моторная координация, состояние предречевого развития (гуление, лепет) и ран-

него этапа развития речи — появление отдельных слов, эхолалий, развитие понимания речи с возможностью выполнения несложных инструкций, появление элементарных фраз, состоящих из 2—3 слов, темп обогащения запаса слов, состояние звукопроизношения, использование начальной речи как средства общения.

В психическом статусе детей преддошкольного и дошкольного возраста следует обращать особое внимание на общую и речевую моторику, так как в этом возрасте возможно возникновение разнообразных двигательных и речевых расстройств (синдром гиперактивности, тики и тикоподобные гиперкинезы, патологические привычные действия, речевые запинки, заикание, дислалии и т. д.). Важное место в статусе отводится развитию моторных навыков: ходьбы, бега, тонких движений пальцев рук, навыков самообслуживания (умение самостоятельно есть, раздеваться, одеваться, стелить постель и т. п.). Отмечают наличие, упроченность и нарушения навыков опрятности (прежде всего энурез и энкопрез), включая вид и время возникновения этих нарушений.

В целях характеристики развития мышления и речи в психическом статусе описывают особенности игровой деятельности, преобладание в ней подражательного или творческого элемента, развитие воображения, запас сведений и представлений, различение предметов по величине, форме, цвету, а также состояние импрессивной и экспрессивной речи, ее соответствие возрасту, наличие начальных элементов внутренней речи (проговаривание про себя, эгоцентрическая речь).

У детей младшего школьного и старшего дошкольного возраста, которым свойственно преобладание аффективного уроня психического реагирования, особое внимание при описании психического статуса уделяют состоянию эмоциональной сферы. Отмечают яркость, выразительность или, наоборот, тусклость эмоциональных реакций, наличие или отсутствие жизнерадостности, дифференцированность эмоций. Определенное диагностическое значение имеют нравственные чувства и их нарушения. Так, обращают внимание на наличие и выраженность чувства ответственности, долга, стыда, вины, жалости, сочувствия к чужому горю, доброты, радости при совершении доброго поступка. Среди нарушений нравственных чувств отмечают, с одной стороны, их недостаточность, незрелость или ослабление, «нравственное притупление» (безразличие к горю близких, отсутствие чувства вины за проступок, равнодушие к по-

хвале и порицанию), а с другой — извращения (стремление делать назло, изводить, удовольствие от чьих-либо физических или нравственных страданий или, наоборот, чувство удовлетворения от испытываемых самим ребенком боли, физического неудобства, голода и т. п.), которые, как правило, связаны с извращением влечений (садистическим или мазохистическим).

В рассматриваемом возрасте удается более четко выявить ряд психопатологически дифференцированных аффективных расстройств: дистимию, депрессию, дисфорию, страхи (навязчивые, сверхценные, бредовые), тревогу, повышенную аффективную возбудимость.

Вместе с тем в психическом статусе детей младшего школьного возраста значительное место отводят особенностям их школьной адаптации, успеваемости, школьной дисциплины, наличию и проявлениям характерологических и патохарактерологических реакций протеста, отказа, гиперкомпенсации в связи с трудностями школьной адаптации.

Анализ причин школьной неуспеваемости наряду с данными патопсихологического и психометрического обследования детей первых лет обучения часто имеет решающее значение для диагностики легкой умственной отсталости (дебильности).

Определенное внимание должно быть обращено на усвоение основных школьных навыков — чтения, письма, счета; их нарушения помогают выявить не только парциальные задержки развития психических функций, стертые нарушения развития речи и пограничные формы интеллектуальной недостаточности, но и легкую умственную отсталость.

В психическом статусе детей препубертатного возраста и особенно подростков в связи с присущим им преимущественно эмоционально-идеаторным уровнем психического реагирования главное внимание следует уделять выявлению различных сверхценных образований, включая сверхценные страхи, сверхценное образно-идеаторное фантазирование, реакции активного и пассивного протеста, компенсации и гиперкомпенсации, свойственные подросткам реакции эмансипации, группирования, а также сверхценные интересы и увлечения и, наконец, преимущественные для пубертатного возраста сверхценно-ипохондрические и дисморфоманические переживания. Психопатологическое обследование подростков нередко выявляет близкие к сверхценным феноменам сверхценно-бредовые (паранойяльные) переживания, особенно при процессуальных

синдромах дисморфомании, нервной анорексии и ипохондрического бреда.

В связи с приближающимся завершением формирования личности у подростков нередко отчетливо выступают акцентуации характера и формирующиеся психопатические свойства личности [Личко А. Е., 1977, 1979]. Это делает необходимым более детальное описание преобладающих аномальных черт характера и других особенностей личности у подростков.

Нередкие диэнцефально-вегетативные дисфункции в пубертатном возрасте, включая нарушения темпа полового созревания, требуют подробного описания в психическом и физическом статусе подростка.

Особое место в психическом статусе детей препубертатного (среднего школьного) возраста и подростков принадлежит девиантному поведению, т. е. поведению, отклоняющемуся от нравственных и правовых норм, принятых в обществе. Девиантное поведение объединяет антидисциплинарные, антисоциальные, делинквентные (противоправные) и аутоагрессивные поступки [Амбрумова А. Г., Жезлова Л. Я., 1973; Ковалев В. В., 1981], которые могут быть как патологическими, т. е. обусловленными различными формами патологии личности и личностного реагирования, так и непатологическими (психологическими) [Ковалев В. В., 1976, 1981]. К антидисциплинарным поступкам относятся нарушения режима и дисциплины в школе и другом учебном заведении, срыв уроков, прогулы и т. п. Антисоциальные поступки проявляются в невыполнении или непризнании нравственных норм поведения в обществе: неповиновении родителям и воспитателям, неуважении и грубости по отношению к ним, морально осуждаемых манерах поведения, отказе от учебы и трудовой деятельности, преждевременном начале половой жизни, сексуальных эксцессах, раннем употреблении алкоголя и т. п. Делинквентные поступки включают противоправные и преступные действия несовершеннолетних (вымогательство, кражи, угон транспортных средств, хулиганские выходки, нанесение телесных повреждений, совращение малолетних, изнасилование, убийство).

К аутоагрессивным («интрапунитивным», по А. Е. Личко, 1979) относят суицидальные попытки и другие формы суицидального поведения, а также различные самоповреждения (порезы кожи груди, области запястий и др.), включая демонстративные, связанные с желанием привлечь внимание, вызвать сочувствие, добиться какой-либо цели.

Следует еще раз подчеркнуть, что сами по себе девиантные поступки не являются обязательным признаком психической патологии, а тем более серьезного психического заболевания. В основном они обусловлены социально-психологическими девиациями личности, прежде всего микросоциально-психологической запущенностью [Ковалев В. В., 1976, 1981], а также ситуационными характерологическими реакциями (протеста, отказа, имитации, эмансипации и др.) [Ковалев В. В., 1973; 1976; Личко А. Е., 1979, и др.]. Однако в части случаев девиантное поведение у подростков в той или иной степени связано с патологией формирования личности и патологическими ситуационными (патохарактерологическими) реакциями, т. е. относится к проявлениям психической патологии, чаще пограничной.

Важнейшими критериями отграничения патологических форм девиантного поведения от непатологических мы считаем [Ковалев В. В., 1976, 1981]: 1) наличие определенного патохарактерологического синдрома (например, синдрома повышенной аффективной возбудимости, эмоционально-волевой неустойчивости, истероидных, эпилептоидных, гипертимных черт характера и др.); 2) проявление девиантного поведения за пределами основных для ребенка или подростка микросоциальных групп (семьи, коллектива школьного класса, референтной группы подростков и др.); 3) полиморфизм девиантного поведения, т. е. сочетание у одного и того же подростка разных девиантных поступков — антидисциплинарных, антисоциальных, делинквентных, аутоагрессивных; 4) сочетание нарушений поведения с расстройствами невротического уровня — аффективными, соматовегетативными, двигательными и др.; 5) фиксация стереотипов нарушенного поведения, их переход в аномалии характера и патологию влечений с тенденцией к патологической трансформации личности.

Специфическим разделом психического (а также неврологического) статуса больных эпилепсией и больных с различными эпилептиформными состояниями является описание пароксизмальных расстройств.

Как известно, к пароксизмальным относят разнообразные нервно-психические расстройства, внезапно возникающие и прекращающиеся, относительно кратковременные, со стереотипными проявлениями и определенной периодичностью появления [Ковалев В. В., 1979]. Основное, наиболее типичное пароксизмальное расстройство — судорожный припадок — относится к неврологическим моторным проявлениям. Судорожные припадки наблюдаются при эпи-

лепсии и эпилептиформных состояниях у людей всех возрастов. Однако у детей раннего возраста они часто бывают абортивными, неполными или атипичными, без фазы клонических судорог. Припадок выражается только тоническим напряжением мышц или судороги замещаются общим расслаблением мышц (амиотонический припадок). Нередко моторно-тонический компонент перекрывается выраженными соматовегетативными расстройствами — нарушениями дыхания с периодами апноэ, цианозом, гипертермией.

Дети раннего возраста повышенно склонны к возникновению эпилептического статуса — серии непрерывно следующих друг за другом судорожных припадков.

Общие судорожные припадки у детей могут быть первично-генерализованными (при центрэнцефалическом эпилептическом очаге), вторично-генерализованными (первичный эпилептический очаг локальный, например височный) и фокальными. К фокальным судорожным припадкам относятся джексоновские припадки (клонические судороги мышц конечностей или лица), протекающие у детей на фоне выключенного сознания или выраженного оглушения, а у подростков — на фоне неизмененного сознания, а также адверсивные припадки (пароксизмальный поворот глаз, головы, а иногда и туловища в сторону, противоположную полушарию, в котором локализуется эпилептический очаг).

Более сложны для дифференциальной и нозологической диагностики бессудорожные пароксизмальные расстройства — малые припадки, психомоторные, висцерально-вегетативные и психические пароксизмы. Трудности их нозологической идентификации отчасти связаны с возрастным изоморфизмом проявлений. Бессудорожные пароксизмальные расстройства имеют определенную возрастную приуроченность. Так, для раннего детского возраста типичны акинетические, или пропульсивные, припадки [Janz D., Matthes A., 1955], которые в англо-американской литературе называют также «ранними миоклоническими» припадками [O'Donohoe N. N., 1979]. К ним относятся внезапные падения в связи с резким ослаблением мышечного тонуса (атонически-акинетические приступы), «кивки» и «клевки», т. е. внезапные наклоны головы (связанные с неравномерным изменением тонуса мышц шеи и затылка), частота которых достигает 50—60 раз в сутки, «салаамовы припадки», проявляющиеся внезапным сгибанием туловища в пояснице в виде поклона, иногда с разведением рук, а также внезапные общие вздрагивания и

симметричные или асимметричные резкие сгибания конечностей («молниеносные припадки»).

Припадки данной группы на ЭЭГ обычно проявляются описанной F. Gibbs, E. Gibbs (1952) гипсаритмией — диффузными медленными (1,5—2,5 в 1 с) комплексами пик — волна с высокой амплитудой, которые возникают на фоне основного ритма тета- и дельта-волн.

Для детей дошкольного и младшего школьного возраста (4—9 лет) характерны разнообразные малые припадки (petit mal, petit maux французских авторов), а также фокальные психомоторные пароксизмы.

Малые припадки подразделяют на типичные, к которым относят абсансы (франц. absence — отсутствие) и пикнолептические припадки, и атипичные.

Абсансы в свою очередь делятся на простые и сложные. Простой абсанс — внезапное кратковременное (1—3 с) выключение сознания, которое сопровождается застывшим взглядом, иногда ритмическими подергиваниями глазных яблок и век. При сложном абсансе описанные симптомы сочетаются с тоническими, миоклоническими или вегетативными нарушениями (отвисает челюсть, опускается поднятая рука, присоединяется общее вздрагивание или сгибание конечностей, бледнеет или краснеет лицо, бывают кашель, чиханье, упускание мочи). Пикнолептические (греч. pyknos — частый и lēpsis — приступ) припадки — кратковременное выключение сознания, которое сопровождается бледностью лица, слюнотечением и ретропульсивными, т. е. направленными назад, движениями (закатывание глазных яблок, откидывание головы, забрасывание рук назад). Такие припадки отличаются большой частотой (от 50 до нескольких сотен в сутки). При типичных малых припадках больной не падает. Выражением всех разновидностей типичных малых припадков на ЭЭГ являются периодически возникающие билатерально синхронные комплексы пик — волна с частотой 3 в 1 с.

К атипичным малым припадкам у детей дошкольного и младшего школьного возраста в основном относятся описанные H. Gastaut (1954), «псевдоабсансы», при которых так же, как при простых абсансах, наблюдаются кратковременное выключение сознания и остановка взора. Однако начало и окончание приступа замедлены, сам приступ более длителен, нередко сопровождается парестезиями, симптомом «уже виденного», более выраженными вегетативными расстройствами, послеприпадочным оглушением [Болдырев А. И., 1971]. Решающее значение для отгра-

ничения псевдоабсанса от истинного абсанса имеют данные ЭЭГ. Они не обнаруживают типичных для истинных абсансов комплексов пик — волна с частотой 3 в 1 с. Псевдоабсансы относятся к группе фокальных пароксизмов, свойственных так называемой височной эпилепсии.

Психомоторные припадки, подробно описанные в главе 2, включают такие формы, как пароксизмальные оральные и другие моторные автоматизмы, амбулаторные автоматизмы, сомнамбулизм, сноговорение и другие, которые относят к проявлениям фокальной, «височной» эпилепсии. ЭЭГ этой группы пароксизмов менее типична, нередко бывают билатерально-синхронные, но асимметричные вспышки тета-волн.

В препубертатном и пубертатном возрасте среди бессудорожных пароксизмов также встречаются малые припадки, психомоторные пароксизмы. Наряду с этими пароксизмами появляются миоклонические [Lennox W., 1960], или импульсивные [Janz D., Christian W., 1957], припадки, проявляющиеся внезапным вздрагиванием (как при испуге) или толчком в отдельных группах мышц (чаще рук, пояса, верхних конечностей, шеи). При этом больные роняют предметы. Припадки возникают сериями (по 5—20 подряд), отделенными друг от друга многочасовыми интервалами.

Препубертатному и пубертатному возрасту свойственны также психические пароксизмы в форме пароксизмальных ночных страхов, эпизодических сумеречных и сновидных состояний, психосенсорных расстройств (пароксизмальные нарушения схемы тела, расстройства восприятия формы, величины предметов), пароксизмальных состояний дереализации (явления «уже виденного», «никогда не виденного»), а также пароксизмальных аффективных расстройств (экстатических и дисфорических). Психосенсорные пароксизмы возможны при непомраченном сознании.

Особое место занимают вегетативно-висцеральные пароксизмы, которые могут выступать в форме изолированного нарушения вегетативных функций (приступы болей в животе, тошнота, ларингоспазм, эпизоды энуреза, приступы головных болей), как правило, в сочетании с пароксизмальными психомоторными расстройствами. Вегетативно-висцеральные пароксизмы этого типа свойственны преимущественно височной эпилепсии у детей младшего и среднего школьного возраста.

Другой тип вегетативно-висцеральных приступов — диэнцефальный, характеризующийся разнообразными вегета-

тивными расстройствами (тахикардия, учащенное дыхание, гипергидроз, мидриаз, гипертермия, тошнота, полиурия, озноб), служит выражением генерализованного пароксизма и наблюдается преимущественно в пубертатном возрасте.

Важным критерием диагностики эпилепсии как нозологической формы у детей и подростков являются специфические изменения личности: полярность аффекта в виде сочетания аффективной взрывчатости (эксплозивности) и импульсивности с аффективной вязкостью, склонностью «застревать» на отрицательных аффективных переживаниях, эгоцентризм, аккуратность, доходящая до педантизма, гиперсоциальность, проявляющаяся в утрированном стремлении к порядку, сочетание подобострастия и угодливости к старшим и лицам, от которых больной зависит, с грубостью, несдержанностью по отношению к сверстникам, младшему медицинскому персоналу и др. Типичны также повышение влечений (повышенная сексуальность, онанизм, повышенное чувство голода и жажды), ипохондричность у подростков.

Менее специфичны брадифрения, обстоятельность и персеверативность мышления.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Ленин В. И. Философские тетради.— Полн. собр. соч. 5-е изд. М., 1963, т. 29, с. 152—153.

Маркс К., Энгельс Ф. Немецкая идеология. Соч. 2-е изд. М., 1967, т. 3, с. 29.

Аксарина Н. М. Воспитание детей раннего возраста. 2-е изд.— М.: Медицина, 1972.— 264 с.

Бадалян Л. О., Журба Л. Т., Всеволожская Н. М. Руководство по неврологии раннего детского возраста.— Киев: Здоров'я, 1980,— 527 с.

Банщиков В. М., Короленко Ц. П., Давыдов И. В. Общая психопатология.— М., 1971.— 176 с.

Башина В. М. Ранняя детская шизофрения (статика и динамика).— М.: Медицина, 1980.— 248 с.

Божович Л. И. Личность и ее формирование в детском возрасте.— М.: Просвещение, 1968,— 464 с.

Василенко В. Х., Алексеев Г. И., Жмуркин В. П., Баевский Р. М. Диагностика.— БМЭ, 3-е изд., т. 7.— М., 1977, с. 245—252.

Воловик В. М. Функциональный диагноз в психиатрии и некоторые спорные вопросы психиатрической диагностики.— В кн.: Теоретико-методологические проблемы клинической психоневрологии.— Л., 1975, с. 79—89.

Волохов А. А. Развитие функций анализаторов человека в онтогенезе.— В кн.: Развитие мозга ребенка/Ред. С. А. Саркисов.— Л., 1965, с. 64.

Воробьев В. Ю., Деперсонализация.— БМЭ, 3-е изд.— М., 1977, т. 7, с. 115—116.

Вроно М. Ш. Шизофрения у детей и подростков.— М.: Медицина, 1971.— 128 с.

Выготский Л. С. Развитие высших психических функций.— М.: Изд-во АПН РСФСР, 1960.— 499 с.

Гарбузов В. И., Захаров А. И., Исаев Д. Н. Неврозы у детей и их лечение.— Л.: Медицина, 1977.— 272 с.

Гиляровский В. А. Учение о галлюцинациях.— М.: Изд-во АМН СССР, 1949.— 197 с.

Глоссарий основных синдромов и симптомов психических заболеваний детского возраста. (Методические рекомендации МЗ СССР). Сост. В. В. Ковалев, Г. В. Козловская.— М., 1977.— 100 с.

Гуревич М. О. Психопатология детского возраста.— М.: Госмедиздат, 1932.— 231 с.

Гуревич М. О., Озерецкий Н. И. Психомоторика.— М.: Госмедиздат, 1930, ч. 1—2.

Исаев Д. Н. Психическое недоразвитие у детей.— Л.: Медицина, 1982.— 224 с.

Мамцева В. Н. Синдром бредоподобных фантазий (самооговоры) у подростков, страдающих шизофренией.— В кн.: Проблемы психоневрологии детского возраста/Ред. Д. Д. Федотов.— М., 1964, с. 38—50.
Мамцева В. Н., Гервиц Г. М., Шувалова Ю. И. О бреде воображения в детском возрасте.— Журн. невропатол. и психиатр., 1977, № 10, с. 1537—1539.
Меграбян А. А. Деперсонализация.— Ереван: Армгосиздат, 1962.— 355 с.
Мелехов Д. Е. К проблеме резидуальных и дефектных состояний при шизофрении (в связи с задачами клинического и социально-трудового прогноза) (Обзор).— Журн. невропатол. и психиатр., 1981, № 1, с. 128—138.
Мнухин С. С. О резидуальных психических расстройствах у детей.— В кн.: Резидуальные нервно-психические расстройства у детей/Ред. С. С. Мнухин.— Ленингр. педиатрич. мед. ин-т, т. 51, 1968, с. 5—22.
Морозов В. М. Слабоумие.— БМЭ, 2-е изд.— М., 1963, т. 30, с. 614.
Наджаров Р. А. Клиника, основные этапы учения о шизофрении и ее клинических разновидностях.— В кн.: Шизофрения, клиника и патогенез/Ред. А. В. Снежневский.— М., 1969, с. 75—76.
Новлянская К. А. Клинические особенности синдрома страха при детской и подростковой шизофрении.— В кн.: Проблемы психоневрологии детского возраста/Ред. Д. Д. Федотов.— М., 1964, с. 29—37.
Общая психология/Ред. В. В. Богословский, А. Г. Ковалев, А. А. Степанов.— М.: Просвещение, 1981.— 383 с.
Озерецковский С. Д. О скрытых эндогенных депрессиях у подростков.— Журн. невропатол. и психиатр., 1979, № 2, с. 212—216.
Озерецковский С. Д. Психогенные депрессии у подростков с нарушениями поведения в их клинической картине.— В кн.: Нарушения поведения у детей и подростков.— М., 1981, с. 111—118.
Пантелеева Г. П. О затяжных гебоидных состояниях при шизофрении.— Журн. невропатол. и психиатр., 1971, № 1, с. 32—36.
Певзнер М. С. Клиническая характеристика психического инфантилизма у детей.— В кн.: Актуальные проблемы диагностики задержки психического развития детей.— М., 1982, с. 22—53.
Попов Е. А. Материалы к клинике и патогенезу галлюцинаций.— Харьков, 1941.— 270 с.
Руководство по психиатрии/Ред. А. В. Снежневский.— М.: Медицина, 1983, т. 1,— 480 с.
Саарма Ю. М., Мехилане Л. С. Психиатрическая симптоматология.— Тарту: 1980.— 80 с.
Семенов С. Ф. О клинических проявлениях расстройства самосознания.— В кн.: Проблемы сознания. (Материалы симпозиума). Ред. В. М. Банщиков. — М., 1966, с. 240—247.
Симсон Т. П. Шизофрения раннего детского возраста.— М., 1948.— 136 с.
Снежневский А. В. Симптоматология и нозология.— В кн.: Шизофрения, клиника и патогенез/Ред. А. В. Снежневский.— М., 1969, с. 5—28.
Сосюкало О. Д. О некоторых закономерностях, определяющих формирование ипохондрической симптоматики при шизофрении у детей и подростков.— В кн.: Актуальные проблемы психоневрологии детского возраста/Труды МНИИ, психиатрии МЗ РСФСР. М., 1973, т. 66, с. 13—19.

Исаев Д. Н., Каган В. Е. Половое воспитание и психогигиена пола у детей.— Л.: Медицина, 1979—183 с.

Исаев Д. Н., Микиртумов Б. Е., Богданова Е. И. Сексуальные проявления у детей — симптомы нервно-психических расстройств.— В кн.: Актуальные проблемы психиатрии детского и подросткового возраста.— М., 1976, с. 83—89.

Каган В. Е. Аутизм у детей.— Л.: Медицина, 1981.— 206 с.

Кандинский В. X. О псевдогаллюцинациях.— М.: Медгиз, 1952.— 176 с.

Кербиков О. В. Острая шизофрения.— М.: Медгиз, 1949.— 177 с.

Кербиков О. В., Коркина М. В., Наджаров Р. А., Снежневский А. В. Психиатрия. 2-е изд.— М.: Медицина, 1968.— 448 с.

Ковалев В. В. Роль возрастного фактора в клинике и патогенезе пограничных состояний у детей и подростков.— В кн.: Материалы 5-го Всесоюзн. съезда невропатологов и психиатров.— М., 1969, т. 2, с. 291—293.

Ковалев В. В. Проблема взаимоотношений биологического и социального в психиатрии детского возраста.— Журн. невропатол. и психиатр., 1973, № 10, с. 1508—1516.

Ковалев В. В. К клинической дифференциации психического инфантилизма у детей и подростков.— В кн.: Актуальные проблемы психоневрологии детского возраста.— М., 1973, с. 157—162.

Ковалев В. В. Сверхценные образования и их роль в психопатологии детского возраста.— Журн. невропатол. и психиатр., 1974, т. 74, № 10, с. 1519—1525.

Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста.— М.: Медицина, 1979.— 607 с.

Ковалев В. В. Психический дизонтогенез как клинико-патогенетическая проблема психиатрии детского возраста.— Журн. невропатол. и психиатр., 1981, № 10, с. 1505—1509.

Ковалев В. В. Различные подходы к классификации психических расстройств в детском возрасте.— Журн. невропатол. и психиатр., 1982, т. 82, № 10, с. 71—77.

Коркина М. В. Нервная анорексия непроцессуальной природы (к вопросу о ее нозологической принадлежности и взаимоотношениях с синдромом диморфомании). — В кн.: Клиническая динамика неврозов и психопатий./Ред. В. В. Ковалев.— Л., 1967, с. 128—151.

Коркина М. В. Дисморфофобия.— БМЭ. 3-е изд.— М., 1977, т. 7, с. 349.

Коркина М. В., Марилов В. В. Современное состояние проблемы нервной анорексии (по данным советских и зарубежных исследователей за последние 10 лет).— Журн. невропатол. и психиатр., 1974, № 10, с. 1571—1583.

Краснов В. Н. Дифференциально-диагностическое значение ложных узнаваний при непрерывно текущей шизофрении.— В кн.: Шизофрения.— М., 1975, с. 98—101.

Лебединская К. С. Психические нарушения у детей с патологией темпа полового созревания. — М.: Медицина, 1969. — 156 с.

Лебединская К. С. Основные вопросы клиники и систематики задержки психического развития.— В кн.: Актуальные проблемы задержки психического развития детей. — М., 1982, с. 5—21.

Леонтьев А. Н. Проблемы развития психики. 2-е изд.— М.: Мысль, 1965.— 572 с.

Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков.— Л,: Медицина, 1977.— 208 с.

Личко А. Е. Подростковая психиатрия.— Л.: Медицина, 1979.— 336 с.

Сухарева Г. Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. т. 1.— М., 1955; т. 2.— М., 1959; т. 3.— М., 1965.
Сухарева Г. Е. Лекции по психиатрии детского возраста.— М.: Медицина, 1974.— 320 с.
Ушаков Г. К. Очерк онтогенеза уровней сознания.— В кн.: Проблемы сознания: Материалы симпозиума.— М., 1966, с. 51—63.
Ушаков Г. К. Детская психиатрия.— М.: Медицина, 1973.— 392 с.
Ушаков Г. К. Галлюцинации.— БМЭ, 3-е изд.— М., 1976, т. 4, с. 557—563.
Фотьянов М. И. К систематике и психопатологии иллюзий зрения.— В кн.: Вопросы общей психопатологии и социальной адаптации психических больных/Труды МНИИ психиатрии МЗ РСФСР.— 1974, т. 67, с. 23—31.
Шевченко Ю. С. Динамика и исходы невроза навязчивых состояний, начавшегося в детском и подростковом возрасте в свете катамнестического обследования.— Журн. невропатол. и психиатр., 1979, № 10, с. 1392—1396.
Юрьева О. П. О типах дизонтогенеза у детей, больных шизофренией.— Журн. невропатол. и психиатр., 1970, № 8, с. 1229—1235.

Ajuriaguerra J. de. Manuel de psychiatrie de l'enfant.— Paris: Masson, 1970.
Annell A.-L. Depressive states in childhood and adolescence.— In: Depressive states in childhood and adolescence/Proc. 4th UEP Congr. Stockholm: Almqvist, a. Wiksell., 1972, p. 11—15.
Asperger H. Die „Autistischen Psychopaten" im Kindesalter.— Arch. Psychiatr. u. Nervenkrankh, 1944, Bd 117, H 1, S. 76—81.
Bosch G. Infantile Autism.— Berlin — Heidelberg — New York, 1970.
Corboz R. Spätere und Bleibende Unreiefe.— Berlin, 1967.
Dally P. Anorexia nervosa.— New York: Heinemann, 1969.— 137 p.
O'Donohoe N. N. Epilepsies of childhood.— London: Butterworths, 1979.— 318 p.
(Gastaut H.) Гасто А. Терминологический словарь по эпилепсии.— Женева, ВОЗ, 1975.
Göllnitz G. Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters.— Jena: VEB Gustav Fischer Verlag, 1970.
Harbauer H., Lempp R., Nissen G., Strunk P. Lehrbuch der Speziellen Kinder u Jugendpsychiatrie, 4 Aufl.— Berlin — Heidelberg — New York: Springer — Verlag, 1980.— 535 S.
Jaspers K. Allgemeine Psychopathologie. 9 Aufl.— Berlin — Heidelberg— New York: Springer — Verlag, 1973.
Kanner L. Child psychiatry, 3-d Ed. 4 Print.— Springfield — Charles C. Thomas, 1966.
Kretschmer W. Reifung als Grund von Krise und Psychose. Untersuchung zum psychiatrischen Entwicklungsgdaken.— Stuttgart: G. Thieme Verlag, 1972.— 143 S.
Krevelen D. A. van Autismus infantum.— Acta paedopsychiat., 1960, Bd 27, H. 3, S. 97.
Krevelen D. A. van. La manie fantastique des enfants.— Rev. Neuropsychiat. infant, 1962, vol. 10, p. 133—138.
Lourie R. S., Rieger R. E. Psychiatric and psychological examination of children.— In: American handbook of psychiatry, 2-d Ed— New York, 1974, vol. 2, p. 3—36.
Lowenstein L. F. A summary of the research on elective mutism.— Acta paedopsychiat., 1978, vol. 44, N 1, p. 17—22.

Nissen G. Psychopathologie des Kindesalters.— Darmstadt, 1977.
(Piaget I.) Пиаже Ж. Генетические корни мышления и речи/Пер. с франц.— М.: Мысль, 1967.
Shirley H. F. Pediatric psychiatry.— Cambridge (Massachusets), 1963.
Spiel W. Die endogenen Psychosen des Kindes und Jugendalters.— Basel — New York: Karger, 1961.
Strother C. R. Minimal cerebral dysfunktion: a historical overview in minimal brain dysfunction.— Ann. N. Y. Acad. Sci., 1973, vol. 205, p. 6—17.
(Stutte H.) Штутте Г. Психиатрия детского и юношеского возраста.— В кн.: Клиническая психиатрия/Ред. Г. Груле и др./Пер. с нем.— М., 1967, с. 678—779.
Stutte H., Dauner I. Systematized Delusions in Early Life Schizophrenia.— J. Autism a. Childhood Schizophrenia, 1971, vol. 1, N 4, p. 411—420.
Tramer M. Lehrbuch der allgemeine Kinderpsychiatrie, 4 Aufl.— Basel — Stuttgart: Schwabe, 1964.
(Vallon H.) Валлон А. Психическое развитие ребенка./Пер. с франц.— М.: Просвещение, 1967.— 196 с.
Wender P. H., Eisenberg L. Minimal brain dysfunction in children.— In: American handbook of psychiatry, 2-d ed.— New York, 1974, vol. 2, p. 130—146.
Wing L. Early childhood autism 2-d Ed.— London, 1976.
(Ziehen Th.) Циен Г. Душевная и половая жизнь юношества/Пер. с нем.— М., 1924.
Ziehen Th. Die Geisteskrankheiten des Kindesalters, 2 Aufl.— Berlin: Reuther u. Reinhard, 1926.— 554 S.

Semiology and diagnosis of mental disorders in children and adolescents. V. V. KOVALEV, Moscow, "Medicina", 1984, 288 p.

The monograph is the first special manual on general psychopathology and diagnosis of mental disorders in childhood and adolescense. The monograph considers age aspects of general psychopathology in children and adolescents from the standpoint of the concepts of mental disonthogenesis, and provides systematic description of symptomatology of mental disorders beginning from child's first years of life and ending in late adolescence. The book presents psychopathological symptomatology of childhood and adolescence in comparison with pronounced manifestations of mental disorders in adults. That evidently shows the principles of age dynamics of mental disorders. Besides, in the handbook there singled out the syndromes of disonthogenetic mental disorders specific to children and adolescents (negative — disonthogenetic syndromes: oligophrenic, mental infantilism, neuropathic, early childhood autism, psychopathic, and productive — disonthogenetic syndromes: hyperactivity, fears, pathological fantasies a. o.). Considerable attemtion is paid in the book to general principles of diagnosis of mental disorders in childhood and adolescence, problems of differential diagnosis and methods of psychopathological investigation of children and adolescents. The monograph is intended for psychiatrists, neurologists as well as for medical psychologists.

ОГЛАВЛЕНИЕ

CONTENTS

Part two

PSYCHOPATHOLOGICAL SYNDROMES PREFERABLE FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS

Part three

GENERAL PRINCIPLES AND METHODS OF DIAGNOSIS OF MENTAL DISORDERS IN CHILDHOOD AND ADOLESCENCE

Ковалев В. В.

К 55 Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков.— М.: Медицина, 1985.— 288 с., ил.— В пер.: 1 р. 30 к.— 25 000 экз.

В монографии последовательно отражены особенности психомоторики, эмоциональных и интеллектуальных расстройств, нарушений сознания у детей и подростков. Опираясь на собственную концепцию об основных возрастных уровнях нервно-психического реагирования, автор подробно излагает возрастную эволюцию навязчивых, сверхценных и бредовых феноменов в детском и подростковом возрасте. В этом же аспекте описана психопатология депрессивных и маниакальных состояний, незавершенных галлюцинаторных расстройств у детей, а также расстройства влечений у детей и подростков.

Для детских психиатров и педиатров.

К $\frac{\mathbf{4124030600-164}}{\mathbf{039(01)-85}}$ 225—85 **56.1**

Владимир Викторович Ковалев

СЕМИОТИКА И ДИАГНОСТИКА ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Зав. редакцией *А. Р. Ананьева*
Редактор *В. А. Дюков*
Редактор издательства *О. П. Зубарева*
Художественный редактор *Н. А. Гурова*
Переплет художника *Н. Мануйловой*
Технический редактор *Н. И. Тростянская*
Корректор *Т. Ф. Пашкова*

ИБ 2210

Сдано в набор 01.08.84. Подписано к печати 12.10.84. Т-19077. Формат бумаги $84 \times 108^{1}/_{32}$. Бумага кн.-журн. Гарнитура литературная. Печать высокая. Усл. печ. л. 15.12. Усл. кр.-отт. 15,12. Уч.-изд. л. 17,04. Тираж 25 000 экз. Заказ № 4692. Цена 1 р. 30 к.

Ордена Трудового Красного Знамени издательство «Медицина». 103062, Москва, Петроверигский пер., 6/8

Областная ордена «Знак Почета» типография им. Смирнова Смоленского облуправления издательств, полиграфии и книжной торговли, 214000, г. Смоленск, проспект им. Ю. Гагарина, 2.